

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ARTHUR KELLES ANDRADE

**HÁ TEMPO DIANTE DA MORTE?
A EXPERIÊNCIA TEMPORAL NA CLÍNICA DA TERMINALIDADE**

Belo Horizonte

2021

ARTHUR KELLES ANDRADE

**HÁ TEMPO DIANTE DA MORTE?
A EXPERIÊNCIA TEMPORAL NA CLÍNICA DA TERMINALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Teoria Psicanalítica

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Massara Rocha

Belo Horizonte

2021

150
A553h
2021

Andrade, Arthur Kelles.

Há tempo diante da morte? [manuscrito] : a experiência temporal na clínica da terminalidade / Arthur Kelles Andrade. - 2021.

143 f.

Orientador: Guilherme Massara Rocha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Morte - Teses. 4. Tempo - Teses. 4. Hospitais – Teses. I. Rocha, Guilherme Massara. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO ARTHUR KELLES ANDRADE

Realizou-se, no dia 11 de maio de 2021, às 09:00 horas, Online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Há tempo diante da morte? A experiência temporal na clínica da terminalidade*, apresentada por ARTHUR KELLES ANDRADE, número de registro 2019662781, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Guilherme Massara Rocha - Orientador (UFMG), Prof(a). Luis Flavio Silva Couto (PUC Minas), Prof(a). Maria Livia Tourinho Moretto (Universidade de São Paulo).

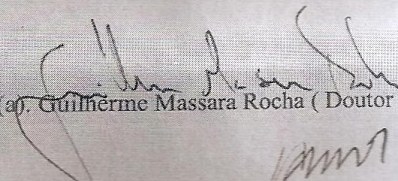
A Comissão considerou a dissertação:

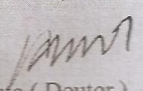
Aprovada

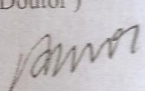
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 11 de maio de 2021.


Prof(a). Guilherme Massara Rocha (Doutor)


Prof(a). Luis Flavio Silva Couto (Doutor)


Prof(a). Maria Livia Tourinho Moretto (Doutora)

Dr. Antônio M. R. Teixeira
CRM-MG 15761

Dr. Antônio M. R. Teixeira
CRM-MG 15761

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a toda sua equipe, que não me deixaram desamparado nesta jornada.

Aos pacientes que aqui relato um pouco de seus últimos momentos a partir de meu olhar. Pessoas com histórias, com medos e com muitas potências, cujos nomes nestas páginas foram transformados em algumas letras. Transformação necessária para os fins desta dissertação, por exigência do discurso universitário, mas que não abarca tudo o que me transmitiram. Espero ter apresentado com dignidade um pouco do que aprendi com vocês.

Ao Guilherme pela orientação que me apontou importantes direções para se escrever uma dissertação, mas que me mostrou também todas as nuances do que se consiste o ofício (impossível?) de se orientar.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que permitiu financeiramente que dedicasse minha libido a esse trabalho.

A minha família, meus pais, irmãos e primos que me acompanharam emocionalmente durante este percurso. Mesmo em alguns momentos sem compreender o que tanto eu lia e escrevia, sei que entendiam que estava fazendo algo que tanto desejo.

Aos meus amigos, vocês sabem que tenho dificuldade em citar nomes em agradecimentos, mas sabem também da importância que tiveram nesses dois anos. Obrigado pelo apoio, por vivenciarem comigo esse processo. E por me lembrarem que o caminho nem sempre deve ser percorrido sozinho.

Aos amigos que fiz na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), agradeço, além disso, às discussões teóricas e às leituras mútuas de nossos sintomas, quer dizer, de nossas dissertações.

“Se sou terminal, é como um rodoviário, cheio de chegadas promissoras e partidas para as mais formidáveis e apaixonadas estradas dos viventes. Não tenho sobrevida, tenho uma vida de sobra, a única da qual poderei deixar o rastro de uma paixão que sempre moveu em alguma coisa imóvel que se enraizou no fundo de um lugar que eu costumava chamar de peito.”

Herbert Daniel

RESUMO

Em um hospital, diante da notícia de um diagnóstico de doença terminal, a questão da morte e do tempo se apresentam de maneira abrupta ao sujeito, podendo trazer consigo a pressa de um momento de concluir. A presente dissertação tem como objetivo explorar, a partir da teoria psicanalítica, a questão temporal na clínica da terminalidade. Para isso, desenvolve-se um percurso teórico, tendo como referência contribuições da psicanálise sobre a morte e o tempo, e articula-se a análises de fragmentos clínicos de casos atendidos pelo pesquisador enquanto psicólogo hospitalar. Na primeira parte do trabalho, expõe-se o movimento histórico da morte, em que ela passa de familiar, ocorrendo geralmente nas casas, para chegar ao hospital, tornando-se interdita, um tabu. Aponta-se as principais contribuições freudianas para a questão da morte, tendo como foco suas produções sobre a morte enquanto uma realidade a que todos estamos submetidos, sem exceção. Apresenta-se as elaborações lacanianas sobre Antígona e a zona entre-duas-mortes, relacionando-a à ética da psicanálise. Na segunda parte da dissertação, trata-se de como o inconsciente se relaciona à temporalidade, isto é, por sua (a)temporalidade e por sua pulsação temporal. Delibera-se sobre a evolução da noção de *a posteriori*, vislumbrando um breve percurso nas obras freudianas e lacanianas. Versa-se também sobre o tempo lógico laciano, apresentando o sofisma dos três prisioneiros e as três escansões temporais lógicas. Em meio a este percurso teórico estão situados os casos clínicos, buscando relacionar o que foi construído à prática com pacientes com diagnóstico de doença terminal dentro de uma instituição hospitalar. Por fim, discute-se como a psicanálise pode contribuir para a atuação de analistas em hospitais que lidam com a clínica da terminalidade.

Palavras-chave: Psicanálise. Hospital. Morte. Tempo. Terminalidade.

ABSTRACT

In a hospital, faced with the news of a diagnosis of terminal illness, the issue of death and time is brought up abruptly to the subject, and may bring with it the rush of the moment to conclude. This dissertation aims to explore, based on psychoanalytic theory, the temporal issue in the clinic of terminality. For this, a theoretical path is developed, based on contributions from psychoanalysis on death and time, and it is linked to analyzes of clinical fragments of cases attended by the researcher as a hospital psychologist. In the first part of the work, the historical movement of death is exposed, in which it goes from being familiar, generally occurring in homes, to reach the hospital, becoming a taboo. The main Freudian contributions to the issue of death are pointed out, focusing on his productions on death as a reality to which we are all subjected, without exception. Lacanian elaborations on Antigone and the between-two-deaths zone are presented, relating it to the ethics of psychoanalysis. In the second part of the dissertation, it deals with how the unconscious is related to temporality, that is, for its atemporality and for its temporal pulsation. It is deliberated on the evolution of the notion of a posteriori, glimpsing a brief path in Freudian and Lacanian works. It also deals with Lacanian logical time, presenting the sophistry of the three prisoners and the three logical temporal scansions. In the midst of this theoretical path, clinical cases are situated, seeking to relate what was built to practice with patients diagnosed with terminal illness within a hospital institution. Finally, it discusses how psychoanalysis can contribute to the performance of analysts in hospitals that deal with the clinic of terminality.

Keywords: Psychoanalysis. Hospital. Death. Time. Terminality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico da relação entre tempo e espaço.....	78
Figura 2 - Representação do ponto de basta	102
Figura 3 - Raciocínio a partir da hipótese 1.....	110
Figura 4 - Raciocínio a partir da hipótese 2.....	111
Figura 5 – Tábua da sexuação	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INSTANTE DE VER.....	10
PARTE 1: A MORTE	17
1.1 OS TEMPOS DA MORTE	17
1.1.1 A morte familiar	18
1.1.2 A morte chega ao hospital	24
1.1.3 Morte reumanizada.....	29
1.1.4 M. e o último desejo	32
1.2 O ESTATUTO METAPSICOLÓGICO DA MORTE.....	35
1.2.1 O inconsciente não conhece a morte	36
1.2.2 J. driblando a morte	47
1.3 A MORTE QUE TRAZ A VIDA.....	51
1.3.1 Antígona entre-duas-mortes	52
1.3.2 L. na-finda-linha.....	63
1.3.3 C. e o belo frente à morte	68
PARTE 2: O TEMPO	74
2.1 A (A)TEMPORALIDADE DO INCONSCIENTE.....	74
2.1.1 <i>Horror temporis</i>	75
2.1.2 O inconsciente não conhece o tempo	79
2.1.3 B. urgência médica e emergência do sujeito	88
2.2 AS DUAS TEMPORALIDADES EM ANÁLISE.....	92
2.2.1 Construções retroativas	93
2.2.2 O que vem após o corte	100
2.2.3 N. e o tempo de reinscrever o passado	104
2.3 O TEMPO LÓGICO LACANIANO.....	108
2.3.1 O sofisma dos três prisioneiros	109
2.3.2 Três escansões	113
2.3.3 J. D. e a conspiração do silêncio	118
MOMENTO DE CONCLUIR.....	124
REFERÊNCIAS	136

INSTANTE DE VER

“– O resultado da sua biópsia chegou. Você tem um câncer muito grave. Infelizmente, não temos perspectiva de cura”, comunica o médico ao paciente. A partir desse momento – mas nem sempre imediato após ele – a relação do sujeito com o tempo pode se alterar, se desestabilizar.

Tomando o conceito de tempo lógico lacaniano, o sujeito pode se fixar no instante de ver, instante em que só há fulguração do real, aqui o real da morte. Seria um momento em que ele fica paralisado, em silêncio, sem ação. Não sabe o que fazer, sua “ficha ainda não caiu”. Pode também passar do instante de ver diretamente ao momento de concluir, sem se demorar no tempo de compreender. Vêm, então, os pensamentos e ações já decididos, como: “Vou morrer!”; “Minha família vai sofrer depois que eu me for. Eu sou quem sustenta todos”; “Eu vou morrer sentindo dor”; “Não quero morrer!”.

Além de sua própria relação com o tempo, tem-se ainda a iminência da morte forçando um momento de concluir e trazendo junto a si a função da pressa: haverá tempo para que o sujeito lide com sua própria temporalidade?

Como se convém morrer em nossa sociedade? Não é conveniente morrer ignorante do fim, como uma criança que está sendo ludibriada, figura evocada por Ariès (2003), ao dizer de como os pacientes ditos terminais são tratados pela equipe de saúde e por sua família. Tampouco convém morrer como um animal que sente dor, uma dor insuportável e constante. Mas também não é conveniente morrer desesperado, imerso na angústia. Busca-se aí uma saída medicamentosa para apaziguar esse afeto (Negro, 2008). Se essas são formas de como não se morrer, qual é então a medida certa? Será que ela existe?

Receber a notícia do diagnóstico de uma doença terminal acarreta efeitos no sujeito. É provável que a morte seja um tema que ele nunca tenha lidado de maneira tão direta em sua vida, é uma situação traumática que exige respostas rápidas: “Vou aceitar o tratamento?”; “Como lido com minha própria mortalidade?” A partir da intervenção do analista, ele pode decidir ou não criar suas próprias respostas para elas.

A iminência da morte reativa a percepção de nossa falta estrutural. A morte é a lembrança de uma verdade que cada um à sua maneira tenta se esquivar: a de que todos somos castrados. A castração incide sobre todos e estar doente é uma forma em que o indivíduo pode senti-la em seu próprio corpo.

A morte não é um assunto de fácil comunicação, é tabu, é interdita. No ocidente, ela já foi vista como familiar por milênios, passando por lentas mudanças durante os séculos e

chegando ao *status* atual de um inimigo a ser combatido cegamente pelo discurso médico dentro dos hospitais (Ariès, 2003; Kovács, 2010). Desse modo, saber que a humanidade passou por diferentes atitudes diante da morte mostra que é possível a cada sujeito se reinventar no momento que se depara com ela. Abre-se uma dimensão de mudanças, de novas soluções (Pujó, 2006).

Sabemos que escrever a morte é uma tarefa impossível. Freud nos diz que a morte não se inscreve pois o inconsciente “não conhece em absoluto nada negativo, nenhuma negação — nele os opostos coincidem —, e por isso não conhece tampouco a própria morte, a qual só podemos dotar de um conteúdo negativo.” (Freud, 2015a/1915, p. 242). No entanto, é justamente essa impossibilidade que faz com que se tente escrever sobre ela há milênios. Muitas áreas do saber possuem vastas produções sobre o tema, abordando-a sob diversos pontos de vista. A psicanálise não é exceção a esse conjunto e também se debruçou ao estudo do tema. Freud adotou uma posição bastante singular em relação à morte. Pujó (2006) defende que o posicionamento freudiano em relação à morte se deve justamente a sua prática enquanto analista, em outras palavras, a seu método de analisar os sujeitos e o coletivo.

Freud (2010e/1915) afirma que, embora a dinâmica inconsciente em relação a morte não tenha se alterado desde o homem primevo, a forma como a cultura reage a ela se modificou. Atualmente, devido ao avanço da tecnologia médica, a maior parte das mortes ocorre nas instituições hospitalares, o que gera importantes consequências para o sujeito (Kovács, 2010).

Tratando-se da relação inconsciente e morte, ainda agimos como o homem primitivo, em que coexistem duas relações paradoxais: admitimos a morte do outro, de familiares e desconhecidos, e ao mesmo tempo negamos nossa própria mortalidade, ou seja, a nível inconsciente nos vemos como imortais (Freud, 2015a/1915).

Freud (2015b/1916, p. 186) aponta três respostas que um indivíduo pode ter frente à finitude das coisas do mundo: a rebelião contra essa efemeridade, “um doloroso cansaço” e a valorização da vida, esta apontada por ele como a melhor atitude a ser adotada. Assim, o fator da transitoriedade implicaria em maior valorização e fruição dos fenômenos.

No entanto, sabemos que devido à capacidade de invenção do sujeito do inconsciente essas respostas não são as únicas possíveis. Pretendemos tratar no presente trabalho de fragmentos clínicos retirados da prática profissional do pesquisador que mostram a singularidade do sujeito frente à situação de iminência de morte.

Já acompanhamos casos de pacientes que por um certo tempo não quiseram saber da iminência da morte, demorando anos para procurar um médico ao notar um caroço em seu corpo ou durante a internação hospitalar dizer que estava ali apenas por um “mal de intestino”. Houve

também aqueles que se voltaram a um ponto passado de sua história, como um casamento fracassado ou a morte de um filho; alguns que buscaram despedir-se de entes queridos ou que a partir da iminência da morte puderam tornar seu desejo decidido e dizer com sinceridade tudo o que pensavam. Acompanhamos ainda aqueles que se voltaram para o futuro, escrevendo um livro ou aproveitando “o tempo que lhe restava”.

Freud (2010a/1913) faz uso da metáfora do jogo do xadrez para dizer dos momentos de uma análise. Podemos definir os critérios de abertura e término de uma partida de xadrez, no entanto, o que ocorre durante esses dois momentos não é possível antever. O mesmo ocorre com uma análise: tratamos das condições necessárias para o início e fim de análise, mas como ela ocorre verdadeiramente depende do sujeito do inconsciente ali presente.

Transpondo essa metáfora para as escansões do tempo lógico na clínica da terminalidade, podemos formalizar como será o início, instante de ver – o diagnóstico de doença terminal – e o fim, momento de concluir – a iminência da morte, que força o sujeito a produzir respostas e saídas. No entanto, como a partida se desenvolve – tempo de compreender, só saberemos *a posteriori*.

Como analisaremos no decorrer desta dissertação, o paciente pode estabelecer soluções, “concluir” suas questões antes da chegada da morte. Mas pode ser também que isso não seja possível, que ele morra antes de concluir. A partir do manejo do analista, o momento de concluir para o sujeito nem sempre vai coincidir com a morte propriamente dita.

Além das escansões do tempo lógico, temos que examinar nessa relação outros aspectos da temporalidade em psicanálise. Tratamos aqui de um sujeito do inconsciente, que para Freud (2010e/1915) é atemporal. Ali não há passado, presente ou futuro, nada é esquecido. No entanto, sabemos que ele é passível de modificação a partir do *nachträglich*, ou como Lacan nos apresenta, do *après-coup*, operação de grande importância que ocorre a partir da transferência estabelecida em análise.

Miller (2000) trabalha o inconsciente atemporal freudiano como constituinte do sujeito suposto saber. Ler o inconsciente como sujeito suposto saber é percebê-lo como resultado da temporalidade da experiência analítica. Desse modo, a sessão analítica seria um momento em que temos acesso à atemporalidade do inconsciente.

Há ainda a ser considerado que, nesses casos, o paciente está internado em uma instituição hospitalar, local em que o discurso médico reina. Para Clavreul (1983), o discurso médico se aproxima mais ao discurso do mestre. Contudo, segundo Lacan (1992b/1969-70), os quatro discursos principais são fundados por impossíveis estruturais, e os demais discursos apenas se aproximam deles. Além disso, cada discurso em um determinado ponto se aproxima

dos quatro discursos principais, em um movimento de balança constante. Assim, apesar de se relacionar mais com o discurso do mestre, o discurso médico também apresenta pontos em comum com o discurso universitário¹. O discurso médico, enquanto aproximação do discurso do mestre, não contabiliza a subjetividade e o gozo, ele tenta, como discutiremos, silenciá-los. Em se tratando do discurso médico, o \$ barrado presente em sua escrita revela uma divisão própria: de um lado da barra, o homem, do outro a doença, o verdadeiro objeto deste discurso (Clavreul, 1983).

Tomando a objetividade como imperativo metodológico, o discurso médico ao se aproximar do discurso universitário, apaga a autoria também de quem se coloca no lugar de médico: quem fez tal descoberta foi a ciência, não a pessoa do médico. Assim, entendemos o discurso médico como um discurso que, a partir de duas posições, isto é, a primeira, de médico, que detém o saber sobre o sujeito, e a segunda, do doente, pode ser enunciado por qualquer pessoa sobre qualquer pessoa (Clavreul, 1983).

É nesse contexto que o analista atua e deve estar atento às dinâmicas existentes. Estar inserido em uma equipe multidisciplinar que funciona predominantemente sob o discurso médico exige um manejo específico para que o discurso do analista possa também funcionar, e conseqüentemente, colocar em jogo o sujeito em sua singularidade.

A multidisciplinaridade é uma intenção, que nem sempre é possível, mesmo que todos os atores envolvidos estejam engajados. Ela envolve diferenças epistemológicas, conceituais e de hierarquias de discursos herdadas da tradição médica. O analista, ao se inserir em uma equipe multidisciplinar, precisa de delicadeza e de uma leitura crítica dos lugares e dos discursos que ali circulam (Negro, 2008).

O conhecimento mútuo é algo esperado e extremamente valorizado, e ele pode enriquecer a prática de todos da equipe multidisciplinar. Negro (2008) propõe uma condição para a multidisciplinaridade: a evidência que o “multi” está ativo ou que funcionou é quando o encontro com o outro saber produz uma nova construção antes de se atuar com o paciente ou proporcionar uma leitura *a posteriori* que seja diferente da que ocorreu no ato do profissional. Com o pressuposto de que todos os componentes da equipe multidisciplinar buscam sempre o

¹ Na teoria lacanianiana dos discursos, temos o discurso universitário, um dos quatro discursos radicais. Nele, o saber (S2) está na posição de agente. A posição do outro, representada pelo aluno (a), é entendida como um objeto que tem que incorporar o saber (S2). A produção, por sua vez, é um sujeito (\$) em posição de impotência, que pensa da maneira como foi ensinado. Na posição de verdade, temos o significante mestre (S1). Tomando este discurso inserido na lógica hospitalar, constatamos: o outro se caracteriza pelo doente, que é tido como um objeto que deve incorporar de maneira menos resistente possível o saber (S2) médico. Ao atrelar o discurso universitário com a ciência, tem-se uma importante consequência: o apagamento da autoria, do sujeito e de suas singularidades. A produção em série tem como efeito o silenciamento do autor, e em nosso caso, da figura do médico.

mesmo objetivo, o que ocorre na clínica da terminalidade? Como não estamos lidando com a cura do paciente, seria o objetivo da equipe sua morte digna?

Consideramos que o conceito de paciente *terminal* traz um sentido pejorativo e de passividade, como se não houvesse mais nada para tratar ou cuidar da pessoa doente, envolvendo uma ideia de abandono do sujeito que se encontra em uma situação de fragilidade psíquica (Kovács, 2010).

Como classificar o que é terminal ou não? Nessa perspectiva, todos nós somos terminais, pois todos estamos submetidos à morte a nossa própria maneira. Além disso, encontramos no uso do significante *terminal* uma inversão temporal: tenta-se antecipar com seu uso algo que ainda não ocorreu, a saber, a morte, limitando as possibilidades que possam advir dos indivíduos assim denominados.

Desse modo, cabe a nós pensar na morte não como o que há depois dela, mas sim pelo que há antes de sua chegada. Na clínica da terminalidade, a morte ocupa sempre um lugar de iminência, e isso faz com que se desvele a face de produção do sujeito do inconsciente. A morte, irrepresentável por um significante, se coloca como a possibilidade singular mais própria (Pujó, 2006).

Não é necessário estar morrendo para procurar um mestre que nos sugira como encontrar sentido em nossa existência, ou para buscar na ciência justificativas para a angústia que sentimos diante de certas situações. Na psicanálise, contudo, o caso a caso é o que nos guia. Por isso, uma parte importante da prática do analista com pacientes em situação de terminalidade é não ficar preso no significante *terminal*. Essa é uma operação fundante do nosso ato enquanto analistas (Negro, 2008).

O atendimento aos pacientes em situação de terminalidade é uma importante fonte para se pensar sobre as dores e as paixões do existir. Contudo, é necessário que essas dores e paixões sejam sempre do sujeito, e não de um modelo de homem genérico que dita a todos como é o existir. A paixão de existir é a paixão do significante. Assim, cada um padece a seu modo da condição de ser falante (Negro, 2008).

Optamos nesta dissertação por utilizar os termos *clínica da terminalidade* ou *pacientes com diagnóstico de doença terminal*, expressões que não se privam das críticas acima, porém que consideram a dimensão do sujeito dividido, desejante e cheio de potências. Temos conhecimento de outros termos utilizados na literatura como pacientes em fim de vida, pacientes ao final de vida e pacientes em situação de extrema vulnerabilidade. Contudo, nenhum deles expressa em sua totalidade a complexidade de definir esta clínica. Ao se tratar de

uma Clínica do Real, constatamos aqui a impossibilidade do simbólico de elaborar um significante que se refira completamente ao real.

Tomando como norteadora a pergunta: “A iminência da morte pode produzir uma modificação na temporalidade de pacientes com diagnóstico de doença terminal?”, temos como objetivo geral delimitar perspectivas da clínica psicanalítica de pacientes com diagnóstico de doença terminal a partir do manejo clínico da temporalidade, entendida aqui como a experiência subjetiva do tempo.

Com o intuito de atingir esse objetivo, dividimos a dissertação em dois momentos. A Parte 1, denominada A Morte, é composta por três escansões. Teremos no primeiro subtópico “Os tempos da morte”, um percurso sobre a mudança das atitudes culturais diante da morte no decorrer da história do Ocidente a partir da obra do historiador Philippe Ariès, destacando o movimento ocorrido na sociedade até a morte chegar no hospital. O segundo subtópico, “O estatuto metapsicológico da morte”, busca discutir os pontos fundamentais em Freud sobre o tema da morte, enquanto ela é entendida como um fenômeno universal que estamos todos submetidos. Além disso, descreveremos como foi a relação de Freud com sua própria morte, desde a descoberta de seu diagnóstico de câncer. Em um terceiro momento, “A morte que traz a vida”, abordaremos as contribuições de Lacan para o argumento, focando nas premissas do *Seminário 7*, com a análise da tragédia sofocliana de Antígona e do fenômeno do entre-duas-mortes.

Na Parte 2, O Tempo, também faremos uso de três divisões, localizando as principais referências sobre a noção de temporalidade a partir da teoria psicanalítica. A primeira, “A (a)temporalidade do inconsciente”, tratará do inconsciente atemporal freudiano e dos desafios para a psicanálise de dizer sobre o tempo. A segunda, “As duas temporalidades em análise”, investigará a retroação em psicanálise partindo do *nachträglich* freudiano e do uso do termo *après-coup* por Lacan. A terceira escansão abordará o conceito de tempo lógico lacaniano, formalizado a partir da leitura do sofisma dos três prisioneiros, incluindo a discussão de pontos importantes da atuação do analista na clínica da terminalidade como o tempo de compreender e a função da pressa.

Além disso, examinaremos através de fragmentos de casos clínicos o modo como a dimensão do tempo se apresenta em pacientes com diagnóstico de doença terminal. Esses casos são provenientes da prática profissional do pesquisador enquanto psicólogo hospitalar de um hospital geral em uma cidade do interior do estado de Minas Gerais. Nas discussões, trataremos dos fatores que perpassam a prática diária do analista em uma instituição hospitalar e

indicaremos intervenções psicanalíticas na clínica de pacientes com diagnóstico de doença terminal que levam em conta o manejo clínico da temporalidade.

Na distribuição dos casos para esta dissertação, nos inspiramos em Freud (2017/1907), quando o autor, para exemplificar a formação de um chiste, dispõe da metáfora do *roter Faden* utilizada por Goethe na apresentação do Diário de Otília na obra *Afinidades eletivas*. Esta expressão, *roter Faden*, significa fio vermelho na língua alemã. Ela diz respeito a uma prática da Marinha inglesa, que, para prevenir roubos às cordas de seus barcos, passou a tecê-las com um fio vermelho por seu comprimento, impossibilitando que pudessem tirá-lo sem destruir a corda. Assim, poderiam identificar a corda como pertencente à Coroa pelo fio vermelho presente ali.

Freud faz uso desta metáfora para mostrar que o fio vermelho liga todas as partes da corda, referindo-se a um todo. Para Goethe, o fio vermelho do diário de Otília é um “fio de afeição e apego” (Goethe, 2008, p. 94). No presente trabalho, o *roter Faden* se trata dos casos clínicos atendidos pelo pesquisador.

Para isso, situamos um fragmento clínico após cada exposição teórica. Os casos apresentados buscam dialogar com o tema abordado no tópico em que se encontra, mas sempre contemplando o foco principal, isto é, o manejo clínico da temporalidade diante do diagnóstico de doença terminal. Com isso, tencionamos tratar de diferentes aspectos da prática do analista na clínica da terminalidade, contudo sem esquecer que, bem como nas cordas da Marinha inglesa, esta dissertação tem por toda sua extensão um mesmo fio vermelho.

O analista é convocado em um hospital para intervir junto a pacientes com diagnóstico de doenças terminais e suas famílias, oferecendo um campo para que o sujeito possa elaborar o encontro com esse real tão angustiante, que exige respostas sobre questões que talvez antes não havia se deparado, como a situação de hospitalização e a morte. Desse modo, o manejo da dimensão do tempo contribui na atuação com esses pacientes ao permitir a introdução de uma pausa na dimensão da pressa que um diagnóstico de doença terminal pode trazer.

PARTE 1: A MORTE

*Mis muertos me acompañarán
Me darán tranquilidad
Convierten tristeza en canción
Habitan el aire con su voz
(Julieta Venegas)*

1.1 OS TEMPOS DA MORTE

Vivemos hoje em um contexto sociocultural em que a morte é vista como interdita, como um tabu. Não se fala dela, não é um assunto debatido pelas pessoas em seus círculos sociais. Há aqueles que não têm sequer a coragem de pronunciar seu nome. Em hospitais, por exemplo, é comum ouvir de familiares para não contarem ao paciente que ele “está morrendo”, privando-o da possibilidade de lidar com sua própria morte. Contudo, nem sempre estivemos nessa posição de encarar a morte como algo tão temido.

Podemos dizer então, de nossa atitude atual perante a morte: uma resposta de fuga, numa tentativa constante de ignorá-la. Freud (2015a/1915) aponta nossa relação sempre paradoxal com a morte. Uma das formas desse paradoxo se manifestar hoje é que, ao mesmo tempo que não podemos falar dela, somos inundados por ela a todo momento. Notícias de telejornais proliferam a morte por todos os lugares. Damos destaque aos programas televisivos que somente exibem tragédias e crimes, obtendo ali uma audiência fiel (Kovács, 2003).

Nos hospitais a morte é um inimigo a ser vencido. É comum ouvir de médicos “No meu plantão ninguém morre!”. Sendo um lugar primariamente de cura, de luta pela vida, como conviver com seu “oposto”? Entender a morte no contexto de uma luta em que se tenta vencê-la a todo custo gera muitos efeitos nos profissionais de saúde e em seu laço social (Kovács, 2010).

Este subtópico pretende percorrer os *tempos da morte* na História, com o objetivo de destacar os movimentos, às vezes lentos, sutis, às vezes rápidos, de como passamos de um contexto em que a morte era familiar aos sujeitos para um em que ela ocorre nos hospitais, sob o domínio do discurso médico. Ao seu término, apresentaremos o primeiro caso clínico deste trabalho, buscando estabelecer interlocuções com o conteúdo anteriormente exposto, mas sem perder de vista o *fio vermelho* de nossa investigação.

1.1.1 A morte familiar

Phillipe Ariès construiu em duas detalhadas obras, *História da morte no ocidente* e *O Homem diante da morte* um caminho em que podemos vislumbrar diferentes relações do homem com a morte. Ele trata esse caminho em quatro momentos, a saber: a morte domada; a morte de si mesmo; a morte do outro e a morte invertida. Propomos também a discussão de um tempo que se insere dentro do paradigma da morte invertida: a morte reumanizada, que se refere à inserção dos Cuidados Paliativos (Kovács, 2003). Há representações que são típicas de cada momento histórico, mas ressaltamos que elas podem ocorrer em qualquer ponto da História (Kovács, 1992).

As mudanças da relação do homem com a morte ocorreram de forma muito lentas e passam por longos períodos de imobilidade. Muitas das atitudes que as pessoas julgam ser contemporâneas de sua época, na verdade são muito mais antigas. Ariès (2003) nos convida a ampliar nosso campo de visão para entender melhor esses momentos de mudança e de rigidez. É interessante notar que, a partir do surgimento das sociedades industriais, estas mudanças ocorrem de maneira cada vez mais rápida. As variações são também cada vez mais conhecidas e publicizadas, visto que há mais pesquisadores se debruçando, a sua própria maneira, sobre o tema da morte.

A *morte domada*, o primeiro tempo definido por Ariès, persistiu por milênios no Ocidente. Estas primeiras atitudes perante a morte foram denominadas como anacrônicas, demonstrando o supracitado caráter de rigidez desta relação. Sua característica principal é ver a morte como esperada, como uma etapa necessária da vida (Ariès, 2003). Chamar esse período de morte domada não significa que a relação antes era selvagem e depois se tornou domesticada. O que ocorreu foi justamente o contrário. A nossa relação atual com a morte é entendida por ele como selvagem. Essa atitude de familiaridade perante a morte mudou tanto no decorrer dos séculos que hoje temos grande dificuldade em imaginá-la.

A morte aqui era anunciada. Havia um tempo para se saber que ia morrer, e, conseqüentemente, preparar sua despedida. Devido ao pouco desenvolvimento da tecnologia médica, esse tempo era curto, questão de horas ou poucos dias. Na época, as doenças que hoje são pouco graves e facilmente tratáveis eram quase sempre mortais. Atualmente esse aspecto se dissolve, dado que é possível estender em muito tempo a vida de alguém sem possibilidade terapêutica de cura, prática conhecida como distanásia.

O aviso da morte vinha principalmente através de um pressentimento da própria pessoa, que interpretava os sinais do próprio corpo. Nem os médicos nem os padres sabiam desse tempo

tão bem quanto o enfermo. O saber estava inscrito no corpo do sujeito. Como a morte era tida como familiar, essa intuição não era vista como algo sobrenatural ou mágica. Não existia a preocupação contemporânea de ignorar estes sinais, de dissimulá-los. Caso o enfermo não percebesse esses sinais, era dever de outra pessoa adverti-lo. Essa tarefa geralmente era delegada aos médicos, que o faziam naturalmente, de bom grado (Ariès, 2014).

As mortes inadvertidas, repentinas, por sua vez, eram vivenciadas sob outra perspectiva. Eram vistas como vergonhosas, como um exemplo da cólera de Deus. Esse tipo de morte era tido como algo estranho e monstruoso, e as pessoas não ousavam nem mesmo falar dela. A morte clandestina, como por exemplo de alguém que morreu afogado em um rio, ou uma morte que não teve testemunhas ou cerimônias de despedida, também era vista da mesma forma. É notável apontar como a atitude inversa acontece hoje. As mortes acidentais, repentinas, são aquelas que mais comunicamos, destacando nelas muitas vezes o caráter transitório da vida (Ariès, 2014).

Como o intervalo em que se sabia da iminência da morte e a morte em si era curto, a pessoa não hesitava em organizar os procedimentos de sua despedida, que era feita de maneira muito simples, seguindo basicamente um roteiro: Havia um momento de nostalgia da vida, em que se recordava o que se viveu. Após esse momento, a pessoa perdoava seus companheiros, familiares, e os recomendava a Deus. Realizava-se então uma oração pedindo perdão e se havia um sacerdote presente ele selava a absolvição sacramental. Após essa última prece, esperava-se calmamente a morte (Ariès, 2003).

Deste pequeno roteiro podemos destacar alguns pontos sobre o período da morte domada. Primeiramente, esperava-se a morte deitado no leito, geralmente em casa. Um dos sinais que a morte estava vindo era o enfermo se deitar virado à parede ou ao oriente. A cerimônia de despedida era pública e organizada pela própria pessoa. Caso confundisse algo devido à gravidade de seu quadro clínico, havia outras pessoas para auxiliá-la. É como se o enfermo estivesse no centro de uma assembleia (Ariès, 2014).

O quarto do enfermo se tornava, então, cheio de pessoas que entravam e saíam livremente. Nesse período ainda não se haviam formalizado as noções de transmissão de doenças e infecções como temos hoje, portanto essa prática era tida como normal. Era comum pedestres andando na rua seguirem o padre por saber que ele iria visitar alguém prestes a morrer (Ariès, 2003).

Nestas cerimônias públicas faziam-se presentes familiares, vizinhos, amigos e até mesmo crianças, o que destoa de grande forma de como as coisas são tomadas hoje. Além disso, as representações históricas revelam que os presentes não agiam de forma dramática ou

exagerada, não havia crises existenciais ou de angústia. Isso mostra como a morte nesse momento era familiar e próxima a todos (Ariès, 2014).

Contudo, a relação sempre paradoxal com a morte apontada por Freud (2015a/1915) pode ser identificada nesse período. Havia sim, essa familiaridade com a morte. No entanto, após a vinda da morte, os vivos se distanciavam o máximo possível dos mortos, temendo essa proximidade. As cerimônias frente à tumba serviam para honrar os mortos, mas também para separar o mundo dos mortos do mundo dos vivos (Ariès, 2003).

Assim, os cemitérios inicialmente se localizavam longe dos centros urbanos. Acreditava-se nesse período que os mortos dormiam, não havia a crença tão difundida de uma continuação da vida em outro plano espiritual, que só ocorreria após a vinda do salvador, após o apocalipse. No Hades homérico, por exemplo, o povo extinto, os fantasmas insensíveis dos humanos esgotados dormiam na morte (Ariès, 2014).

O paradigma começou a mudar a partir do culto dos mártires, de origem africana, que introduziu na crença cristã a fé na ressurreição dos corpos. O cristianismo adapta essa influência e a transforma na crença aos santos, que protegem os vivos, abençoando-os. Construíram-se basílicas para honrá-los, e os cristãos passaram a querer ser enterrados ali, perto de sua proteção. Escavações em cidades romanas localizadas na África e Espanha revelam como a concentração de túmulos era muito maior perto dos confessionários, mostrando o desejo de ficar perto dos santos (Ariès, 2003).

Somado ao fator da crença aos santos, temos o crescimento das cidades. Sua periferia começou a se aproximar gradativamente dos cemitérios e das abadias. Os habitantes periféricos, assim, passaram a conviver com os túmulos, e a divisão entre o cemitério e a cidade sucessivamente passou a desaparecer. Vale apontar que nesse momento ainda não se tinha a crença que o corpo deveria ter um túmulo somente para si, algo como uma propriedade privada pós-morte. O importante é que ele estivesse perto dos santos, sendo então confiado à Igreja para que ela o mantivesse dentro de seus limites. Assim, este paradoxo supracitado da familiarização da morte e do distanciamento dos mortos passou a não mais ocorrer (Ariès, 2003).

Na segunda fase da Idade Média, a partir dos séculos XI e XII, essa atitude diante da morte passou a ser parcialmente alterada, em lentos movimentos. Introduzimos aí o tempo da *morte de si mesmo*, ainda sob o paradigma da morte domada, porém com ligeiras modificações. Estas modificações passarão a alterar o status de familiar que a morte até então sustentava na sociedade ocidental, adquirindo um caráter mais particular (Ariès, 2003).

Predominava uma concepção coletiva de destinação, não se pensava no destino pessoal de cada um após a morte. Isso mostra como o homem era profundamente socializado nesse

momento histórico. Além disso, estar familiarizado com a morte significava também aceitar a ordem natural das coisas, sujeitando-se às leis da natureza. Prevalencia uma afeição íntima tanto com a sociedade quanto com a natureza (Ariès, 2003).

As primeiras representações do fim dos tempos no Ocidente não são sobre o Juízo Final. Acreditava-se que após a morte os cristãos repousavam, dormiam, esperando o dia em que acordariam com o regresso de Cristo. O fim dos tempos era visto como algo positivo, não havia a preocupação de um outro destino pós-morte. Contudo, a crença de destinação coletiva passou a dar lugar à destinação individual pós-morte, a morte de si mesmo. Os mortos, que antes dormiam, acordavam no grande retorno de Deus e passariam a eternidade no paraíso, agora passam por um julgamento sobre suas ações durante a vida (Ariès, 2014).

Confiar seu corpo à igreja e aos santos como na morte domada já não traz garantia de salvação. A divisão entre bons e maus que antes era coletiva - sujeitar sua vida à igreja e à proteção dos santos ou não - se tornou uma divisão individual, representada a partir de uma balança que pesava as boas e más ações do indivíduo durante a vida ou por um livro contábil, em que se anotava todos os feitos do sujeito (Ariès, 2003).

A justiça era vista como a manifestação mais pura do poder divino. No século XII, a balança era a metáfora mais utilizada para representar os dois opostos do sujeito. Até o século XVIII, o livro tornou-se a referência principal. A vida passou a ser vista como algo quantificável, como uma soma de pensamentos e ações que se dividiram em duas colunas: o lado bom e o lado mal (Ariès, 2014). Podemos considerar que esta mudança de destino coletivo ao individual evidencia a própria divisão subjetiva no contato com a iminência da morte. Repartir nossas ações em boas e más remete à divisão do aparelho psíquico que é evidenciada quando em contato com a morte.

Esse julgamento foi representado, por exemplo, em afrescos do século XV com as pessoas chegando a seu julgamento com o livro de contas pendurados em seus pescoços, como algo próprio, uma biografia particular que seria apresentada às portas do paraíso. Algumas representações mostram que os santos poderiam intervir em seu favor, assim nem tudo ainda dependia inteiramente das ações do sujeito, a morte não era tão avassaladora. O sujeito poderia pedir um recurso sobre seu destino, e enquanto isso vivia em uma espécie de sombra (Ariès, 2014).

Inicialmente, esse julgamento acontecia no último dia do mundo, no apocalipse, havendo uma junção entre a ressurreição e o julgamento. Posteriormente, houve uma separação entre os dois termos, e as representações passaram a acontecer no leito de morte do enfermo, em seu próprio quarto (Ariès, 2014). O julgamento passou a acontecer, portanto, no momento

da morte física do sujeito, não mais no fim dos tempos. Enquanto esperava a morte, a Santíssima Trindade, a Virgem e outros seres celestiais debatiam, julgavam com Satã e seus demônios se a pessoa merecia ir ao paraíso ou não. Esse julgamento acontecia sem que o enfermo pudesse ver as entidades ou mesmo participar (Ariès, 2003).

Houve aqui um momento de retorno às representações artísticas da morte no leito, como na morte domada, modelo de morte que continua até hoje, acontecendo agora no leito hospitalar. Contudo, na morte de si mesmo, há o acréscimo do julgamento final, não havendo mais a recepção familiar da morte. O medo da morte e, conseqüentemente de seu destino após ela, passou a aparecer. Introduziu-se a crença que o homem revia toda sua vida no momento de sua morte, de uma só vez, como um flash. Acreditava-se que sua atitude diante desse reavivamento daria o tom conclusivo a sua biografia particular. Assim, ter uma boa morte era mais importante que ter boas ações durante sua vida (Ariès, 2003). É possível vislumbrar estes aspectos nas obras de Caravaggio, Félicien Rops, Fussli e Peter Paul Rubens, dentre tantos outros artistas.

A morte do outro traz um novo sentido do homem com a morte, começando a se caracterizar a partir do século XVIII. Neste tempo, a morte é romântica, dramatizada e arrebatadora. No entanto, não nos referimos aqui à morte do sujeito em si. A morte romântica é a do outro, que inspira saudades e nostalgia em quem fica (Ariès, 2003).

Ariès (2003) identifica nesse período uma erotização da morte, em um movimento em que se associa a morte ao amor. A morte passa a ser representada por temas erótico-macabros, como um espetáculo, com suplícios e sofrimento. O sexo, tema que também é tabu, emerge em textos literários e poéticos, atrelando-se à morte ao se referir ao êxtase da morte como um êxtase sexual. Ela não será desejável, mas admirável por sua beleza, por isso diz-se da morte romântica, representada por uma dor apaixonada. Cabe destacar que o romantismo também influenciou a obra freudiana e que o autor, como veremos, também enfatiza e articula o sexo e a morte como importantes temas em sua metapsicologia.

A morte possui o ser e seu corpo, levando sua consciência racional a outro plano espiritual. Nesse sentido, ela é considerada como algo indesejado que expulsa o homem de sua vida cotidiana, racional, de trabalhador para jogá-lo em um mundo irracional e permeado por violência. Insere-se a visão da morte como uma ruptura, atitude até então inédita (Ariès, 2003).

Alguns ritos seguem com similaridades: a morte no leito continua, cercado de vizinhos, familiares e amigos, com o controle da cerimônia cada vez mais sob o poder dos padres, e, conseqüentemente, da igreja. A diferença é que esse momento já não é mais visto como uma cerimônia natural, como uma mera solenidade. O que domina o momento da morte física é uma

nova paixão, tomada pela emoção. Há uma encenação, com choros, gestos e súplicas (Ariès, 2014).

Não apenas o momento da despedida comove. Somente ao pensar na morte as pessoas já ficam emocionadas. Ariès (2003, p. 69) atribui essa nova atitude, essa “afetividade macabra” à religião emotiva do catolicismo romântico e do metodismo protestante. Essa mudança se tornou um dos traços do romantismo no século XVIII: a complacência com a morte.

Uma outra mudança foi na estrutura e função dos testamentos. Até meados da morte de si mesmo, o testamento era lavrado pelo enfermo, sendo um instrumento em que ele podia se expressar subjetivamente, contendo todos seus desejos, pensamentos, sua relação com a religião, suas vontades em relação a sua morte e as atitudes tomadas para garantir a salvação de sua alma. As cláusulas piedosas tinham a função também de comprometer todos a cumprir suas vontades, exprimindo uma certa desconfiança do sujeito para com sua família e até mesmo com o clero (Ariès, 2003).

A partir da morte do outro, os testamentos passaram a comunicar apenas a distribuição de fortunas. Desapareceram os desejos do sujeito, a escolha da sepultura, as esmolas, etc. Houve, portanto, uma laicização do testamento nesse período. A consequência principal desse ato é que agora o sujeito entrega suas cerimônias, ritos finais ao outro familiar, deixando estas cerimônias com um caráter cada vez mais exacerbado emocionalmente. Os assistentes dos ritos não ocupam mais uma posição passiva, tomando cada vez mais o controle sobre os procedimentos finais da vida do sujeito (Ariès, 2014).

O luto também se torna dramático e extenso. Ele é visto como uma obrigação dos sobreviventes. Quem não expressa sua dor nem por um tempo curto não é bem visto pelos demais. Assim, jejua-se, desmaia-se, etc. Estes ritos são todos devidamente fixados pela liturgia (Ariès, 2014).

A morte do outro torna-se, desse modo, mais temida que a própria morte individual. Isso produz a origem do culto moderno dos túmulos e dos cemitérios. Como já discutido, na Idade Média o importante era que o corpo estivesse dentro dos terrenos da igreja, não sendo muito relevante sua localização exata. A partir do século XIV essa preocupação gradativamente passou a existir. Contudo, a visita ao túmulo ainda não havia se instaurado (Ariès, 2003).

Depois de séculos utilizando a mesma prática, a igreja passou a ser criticada por não cuidar dos corpos, que se amontoavam e exalavam odores fétidos. Passou-se a ter o desejo de enterrar os entes queridos perto de si, em uma propriedade privada, para que então pudessem ser visitados. Iniciou-se a comercialização dos cemitérios e túmulos. Eles passaram a ser

projetados como parques, como locais agradáveis a visitas dos amigos e familiares (Ariès, 2003).

Ao resgatar estes aspectos históricos sobre as atitudes diante da morte, cabe apontar que vivenciar a morte como natural, não significa que sua chegada era sem angústia. Lidar com um paciente com diagnóstico de doença terminal, entender que a morte é uma parte da vida, não uma inimiga a ser vencida a todo custo, não impede que o sofrimento e o desamparo apareçam em diferentes formas clínicas.

Vislumbramos neste percurso como a atitude diante da morte se alterou em diferentes períodos históricos. Assim, desde um cenário em que era esperada, ocorrendo em casa, lentamente ela foi se tornando temida, e passou a ser oculta da vida pública. Através de diversos fatores, como a aproximação dos cemitérios aos centros urbanos, a definição do destino final de vida a partir de ações individuais, e não mais coletivas e do surgimento de práticas de cuidado dos corpos pós morte, foram se desenhando as coordenadas do que acontece hoje: as situações de terminalidade ocorrendo dentro dos hospitais. Com isso, quais as características atuais dos processos de morte? Sob o comando de quem eles ocorrem? É possível haver despedidas?

1.1.2 A morte chega ao hospital

A *morte invertida* surge nos séculos XIX e XX, modificando totalmente o paradigma perante a morte. Os homens se tornam mudos diante de sua finitude, age-se como se ela não existisse. A morte é vergonhosa, suja, um inimigo a ser vencido, devendo ser sempre escondida (Ariès, 2003). Na morte invertida, é a própria morte que se pretende matar (Pujó, 2006).

Existe neste tempo mais uma vez a correlação do sexo com a morte, desta vez pelo seu caráter de tabu, de não poder ser discutido. Ariès (2003) afirma que nas sociedades industrializadas o interdito da morte é tão grande que tomou o lugar do sexo como o tabu maior. Ele cita como exemplo os textos freudianos: o material produzido pelo pai da psicanálise sobre a sexualidade infantil se espalhou na sociedade, ainda que de forma polêmica; já os textos sobre o luto não tiveram o mesmo impacto.

A partir da morte do outro, o enfermo passou a delegar sua participação nos ritos finais a seus familiares, tendo como exemplo a laicização dos testamentos. Já se havia iniciado uma mudança em comparação a morte domada, em que ser dono da própria vida incluía também ser dono da própria morte, havendo uma total participação e autonomia do sujeito. Agora, com o controle das decisões mais graves e importantes nas mãos de familiares, assim que um risco já surge, a família tende a privar o sujeito desta informação e de sua liberdade (Ariès, 2003).

Gradualmente, o enfermo passou a ser privado de sua própria morte. Ele não pode saber que está morrendo, que a morte está próxima, porque isso lhe traria muito sofrimento, ele não saberia lidar com essa notícia tão traumática. O que na morte domada era familiar e público, na morte do outro era dramático e exagerado, passa a ser dissimulado e escondido na morte invertida. As famílias já não mais aceitam conviver tão proximamente com a morte de seu ente querido. O novo costume de morrer na ignorância de sua morte se torna uma regra moral (Ariès, 2003).

Ariès (2014) vê nesse ponto também uma relação de amor ao outro, como se fosse uma tentativa de não o magoar e protegê-lo. Há uma infantilização do indivíduo, ele é tratado como se fosse uma criança incapaz de entender e tomar suas próprias decisões, ou, em termos psicanalíticos, o sujeito é alienado de sua própria condição clínica, de seu corpo. O paciente, por sua vez, aceita toda a situação porque se convence que é para seu próprio bem. E, caso perceba a gravidade de seu caso, finge não saber. Os sinais da iminência da morte, que antes eram interpretados pela própria pessoa e em alguns casos com a ajuda do médico, passaram a ser ignorados deliberadamente (Ariès, 2003).

Considerar apenas o controle das decisões cada vez maior da família no final da vida não é suficiente para justificar a rapidez com que a morte se tornou interdita. Temos que analisar também o desenvolvimento da medicina e de sua tecnologia. Além de suas conquistas no estudo das patologias, ela introduziu a partir do século XIX uma mudança no pensamento do homem contemporâneo, mudando o local de morte de casa para o leito hospitalar e biologizando a morte, substituindo-a pela doença (Ariès, 2003).

Com tratamentos médicos mais potentes para as patologias e da cada vez maior dificuldade da família em lidar com a doença terminal, o local de morte se altera. Morria-se em casa, em sua própria cama. Agora o destino final do sujeito é o leito hospitalar. Ao pensarmos a morte no hospital temos que considerar os efeitos do poder médico nestas relações, pois a morte se torna medicalizada.

De maneira geral, a transferência do local de morte para o hospital começou timidamente em 1930 e se fortaleceu na década de 1950. No início do século XX, a família passou a ter dificuldades em esconder o enfermo de pessoas curiosas. A assimilação das noções de higiene e assepsia pela sociedade também influenciou na distância cada vez maior entre o enfermo e os outros moradores. Assim, onde antes havia amigos, vizinhos e família para cuidar do paciente, agora as opções se tornam mais escassas. Poucos querem assumir a tarefa do cuidado no fim da vida (Ariès, 2014).

Concomitantemente ao avanço da medicina e sua nova aparelhagem tecnológica, o paciente passou a ficar mais tempo no hospital. Lá era onde ele teria mais recursos e seria melhor cuidado. A família se tornou conivente à situação, pois era mais uma forma de garantir que a morte acontecesse com menos publicidade possível (Ariès, 2014).

A doença incurável ou com a fama de sê-lo passou a ocupar a representação antiga da morte, principalmente o câncer, que ainda é visto como algo hediondo e assustador (Ariès, 2003). Uma doença que outrora fora rapidamente mortal perdeu esse valor. Hoje, elas são doenças crônicas, como cardiopatias, doenças que acometem órgãos vitais como fígado, rins, pulmão e doenças sexualmente transmissíveis (Kovács, 2010).

Pode-se viver indefinidamente sob ajuda de novas cirurgias, aparelhos e exames. A perda de um órgão ou membro já não indica o fim de uma vida: há próteses, ostomias, e outras tecnologias que permitem a continuação da vida. Por se viver mais durante mais anos, doenças neurológicas e demências tornam-se prevalentes na população idosa. As doenças crônicas são mais comuns em adultos e idosos, mas podem acontecer também em crianças e adolescentes. Os cuidados paliativos nesse público tratam de uma variedade de enfermidades e podem durar muitos anos (Hennemann-Krause, 2012).

Pensamos com Hennemann-Krause um paradoxo da morte nos dias atuais:

A princípio, poderíamos acreditar que a morte nas mãos da moderna tecnologia médica seria um evento mais digno e mais natural que antes. Hoje dispomos de maior saber técnico científico sobre fisiologia, diagnóstico e tratamento; possuímos máquinas que substituem o funcionamento de órgãos; podemos controlar a dor e outros sintomas de modo satisfatório; conhecemos mecanismos psicológicos e temos recursos para aliviar o sofrimento do processo de morrer. Ou seja, possuímos todos os recursos para que nossos pacientes vivam bem e morram em paz e com dignidade. Mas isto não tornou a morte um evento digno. (Hennemann-Krause, 2012, p. 20)

Um dos efeitos desse processo é a estratificação da morte. Ela já não é vista como a separação do corpo e da alma. Numa tentativa de firmar seu status de interdita, hoje a dividimos em etapas, buscando escamotear seu impacto: temos a morte cerebral, a morte celular e a morte biológica (Ariès, 2003).

Percebemos a morte como suja, algo inconveniente a ser escondido. Com o possível prolongamento da vida pela tecnologia médica, que opera sobre o sujeito com novos tratamentos e medicações, o paciente convive com a doença crônica em uma constante luta com seu tratamento curativo, e o corpo conseqüentemente começa a se deteriorar ainda em vida. A decomposição do corpo atualmente se inicia não após a morte, mas antes dela. “A morte já não causa medo apenas por sua negatividade absoluta, provoca náuseas como qualquer espetáculo repugnante” (Ariès, 2014, p. 768).

É comum isolar pacientes em leitos hospitalares por estarem com tumores muito visíveis, ou com feridas com odor forte. A morte não é mais vista como bela, por aquela dor apaixonada característica da morte do outro, o destacado aqui são seus aspectos repugnantes. Não são todos que têm permissão para visitar o paciente em estado mais grave em um leito cheirando a secreções, sangue e urina. Tornar a morte pública se tornou indecente. Assim, a ciência começa a incidir também na forma de apreensão social e tratamento moral da morte.

O discurso médico é o discurso dominante no contexto hospitalar. Portanto, o poder sobre as decisões terapêuticas se coloca primeiramente nas mãos da equipe de saúde. No contexto da morte interdita, estes profissionais não são formados para lidar com a morte de forma natural, ela é uma inimiga a ser vencida, o objetivo final é a cura do paciente, e conseqüentemente sua vida. Eles não possuem estratégias e habilidades para lidar com essa situação.

Uma das conseqüências desse modelo é que, quando a equipe toma conhecimento de um diagnóstico de doença terminal, pode-se atrasar a comunicação à família e paciente, eliciando diversas respostas nestes profissionais, como frieza no atendimento, sentimentos de angústia, de impotência e de derrota. Estas estratégias defensivas que buscam ocultar a morte trazem a ilusão de que é possível vencê-la. “Os “combatentes” da morte na atualidade são os profissionais de saúde, principalmente médicos aos quais se atribui (e alguns se atribuem), o papel de donos da vida e da morte” (Kovács, 2010, p. 421).

O médico passou a renunciar o papel de comunicador de más notícias a partir do século XVIII e na morte invertida só fala quando solicitado (Ariès, 2003). Quando se dirigia ao paciente em sua própria casa era menos sigiloso e absoluto do que no hospital. No ambiente hospitalar, faz parte de um sistema que tem como princípios a disciplina, organização e anonimato. Clavreul (1983) afirma que o médico atua não como representante de si, mas como representante do discurso médico, dirigindo-se ao paciente não como um sujeito, e sim como um corpo habitado por uma doença a ser eliminada.

No ambiente hospitalar, a morte é vista pela equipe como um acidente, sinal de impotência ou imperícia médica, não como uma etapa natural da vida. Ela não deve de maneira alguma atrapalhar a rotina do hospital, o que gera muitos chamados ao analista ali inserido. A equipe de saúde espera em alguns momentos que o analista com seu saber cale toda a subjetividade que surge no contato com o real da morte. O discurso médico preza pela ordem, e qualquer manifestação de subjetividade é rapidamente abafada, tamponada (Clavreul, 1983).

Tocar no assunto da finitude da vida é como tocar em um vespeiro, abrir portas para o sofrimento, para a exaltação das emoções e o drama. Apenas em evocar seu nome já causa

desconforto nas pessoas. A última coisa que o hospital quer é a dramaticidade e o sofrimento. O ideal é que o paciente e sua família se comportem, estejam amansados, para que o trabalho na instituição não se altere. Se uma notícia de doença incurável é recebida, o indicado é que não haja lágrimas, choros e gritos. Deve-se suportar em silêncio, não há espaço para elaboração desse diagnóstico. O paciente deve estar sempre disposto a tentar mais, a se submeter aos tratamentos e intervenções. Não pode aceitar a morte. Morrer discretamente adquire um caráter de dignidade, um ato de etiqueta a ser cumprido pelo enfermo e por sua família (Ariès, 2003).

Dentro da unidade hospitalar, além do paciente dever ser docilizado e aceitar resignadamente sua morte, o luto também é recusado e visto como patológico, tanto no campo dos profissionais de saúde quanto da família que acaba de perder um ente querido. Espera-se que ao receber a notícia do falecimento, todos reajam calmamente, sem demonstrar grandes emoções. A mesma exigência paira sobre a equipe, que assim que um paciente morre, outro já está no leito, não havendo tempo para que se elabore a morte. É um contexto em que o luto profissional não é considerado (Kovács, 2010).

Ariès (2003) usa de uma metáfora de Gorer para expressar a semelhança entre o sexo e a morte como interdito nesse contexto: choramos às escondidas, em particular, como quando nos despimos e nos masturbamos. O choro enlutado, assim como o sexo, não é algo que se possa fazer em público.

Ainda persiste a relação paradoxal da morte conforme apontada por Freud. Ariès (2014, p. 757) destaca: “expulsa pela sociedade, a morte volta pela janela, tão depressa quanto desaparecera”. É o que Kovács (2003) diz da morte escancarada. Nesse paradoxo, a morte é interdita, não se fala sobre ela, mas ao mesmo tempo nunca tivemos tanto contato com ela. Há maiores índices de mortes violentas, fácil divulgação e acesso a assassinatos, suicídios. A morte está mais frequente na mídia, existe um consumo da violência. Contudo, essa exposição se dá com excesso de imagens e poucas palavras, não há espaço para elaboração.

Outro fator que contribui para o silenciamento e assujeitamento do enfermo é que, em nossa sociedade capitalista e que demanda sempre corpos que produzem, ele não é mais útil socialmente. É malvisto porque não pode produzir mais nada. A sociedade do capital não sabe o que fazer com corpos que não produzem mais (Ariès, 2014).

O hospital pode ser visto como um microcosmo em que se reflete importantes pontos da sociedade capitalista. Entendemos a morte como o fracasso total da sociedade do capital, que valoriza o ter sobre o ser. O corpo morto é aquele que não produz e que não consome, e assim que se torna morto, é transformado também em objeto de consumo (Hennemann-Krause, 2012; Kovács, 2010).

Desse modo, os corpos mortos se tornam comercializados. Há empresas especializadas para fazer com que a família tenha o mínimo contato possível com os ritos que outrora eram presididos pelo enfermo: escolher o caixão, como será o velório, o local mais bonito no cemitério para ser enterrado, etc. Pode-se maquiar o corpo para que ele não pareça morto, fugindo o máximo possível da morte suja. Há taxas e impostos a serem pagas para o governo. Paga-se um preço caro para morrer hoje (Kovács, 2010).

1.1.3 Morte reumanizada

No período da morte interdita houve um grande desenvolvimento das ciências. No campo das humanidades, havia vasta produção sobre sexualidade, família, política e religião. No entanto, não havia estudos sobre a história ou sociologia da morte. Houve um silenciamento das produções nesse campo, talvez com exceção dos textos freudianos. Apenas a partir de 1951 com Edgar Morin e sua obra *O Homem e a Morte* que as pesquisas sobre a morte começaram a ser publicadas.

Iniciou-se um movimento em que a sociologia e a psicologia redescobrem a morte, estudando-a a partir de seus saberes. Ariès (2003) acredita que, no contexto em que a morte se escondeu da sociedade no leito hospitalar, uma melhor informação psicossociológica permitirá a equipe de saúde “domesticar” a morte novamente, tornando-a familiar como outrora, inserindo-a em um novo ritual aliado às contribuições do campo das humanidades.

Podemos identificar esse novo tempo da morte nas contribuições de Cicely Saunders e Elizabeth Kübler-Ross ao desenvolverem em seus trabalhos os princípios básicos do que hoje se denomina cuidados paliativos. Seus trabalhos ocorreram concomitantemente aos estudos históricos e sociológicos sobre a morte na década de 1950. Cicely Saunders foi assistente social, enfermeira e médica e Elizabeth Kübler-Ross teve sua formação médica em psiquiatria. Saunders foi a pioneira no movimento *Hospices* modernos² e Kübler-Ross teve seu trabalho amplamente divulgado, sendo seu livro mais conhecido *Sobre a morte e o morrer* (2017/1969), onde descreve as famosas cinco fases que a pessoa pode passar ao enfrentar a morte ou no período de luto.

Iniciou-se aí uma abordagem reativa e defensiva em relação à morte interdita, que encontra seu ápice de manifestação nos hospitais. Kovács (2003) denomina este tempo como

² *Hospices* são clínicas, casas de cuidado a pacientes com diagnóstico de doença terminal. Por muito tempo o termo foi utilizado como sinônimo de cuidados paliativos (Matsumoto, 2012).

morte reumanizada. Não estamos propondo que o tempo da morte invertida foi finalizado e iniciou-se um novo período. Apontamos apenas as mudanças nas atitudes perante a morte que estão ocorrendo atualmente. Neste contexto, o foco do tratamento não é mais a cura do paciente, pois estamos lidando com doenças sem perspectiva de cura, mas sim no seu cuidado, focando no alívio de seus sintomas físicos e biológicos, ampliando o cuidado para as esferas psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos se baseiam em princípios, não em protocolos. Não é prioridade seguir um protocolo quando uma questão surge, pois eles desconsideram a singularidade, indicando passos ou fluxogramas a serem obedecidos dependendo dos indicadores biológicos do paciente (Hennemann-Krause, 2012; Pitta, 1994).

Em teoria, a demanda do paciente se torna o centro das ações terapêuticas, sendo a base da prática dos cuidados paliativos. Essa atitude traz novas perspectivas ao atendimento do paciente, pois na prática dos cuidados paliativos seus desejos e necessidades são considerados, sempre dentro do possível de ser realizado. O alívio aos sintomas físicos busca manter a autonomia do sujeito para que ele possa tomar suas próprias decisões. O paciente encontra um espaço para elaborar a iminência da morte e suas consequências (Hennemann-Krause, 2012).

Por abranger aspectos do ser humano que não são apenas o biológico, os cuidados paliativos têm uma abordagem multidisciplinar. A equipe pode ser composta por médicos, enfermeiros, psicanalistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, capelães, entre outros campos de saber. Entende-se que a formação da equipe é sempre constante, e que a comunicação entre os membros é componente essencial para um bom atendimento ao paciente.

O atendimento da equipe de cuidados paliativos não se restringe ao paciente. Atende-se também à família, que ao passar por essa situação traumática também sofre efeitos. O familiar cuidador se afasta de sua rotina social, econômica e profissional para cuidar do paciente, e também passa pelo chamado luto antecipatório³, elaborar a iminência da morte de seu ente querido. Com essa nova perspectiva de tratar da morte, a família também é considerada, pois entende-se que com a noção de laço social, o sujeito não sofre sozinho. Os cuidados à família podem continuar até mesmo após o óbito, auxiliando no processo de luto.

³ O luto antecipatório se inicia no momento da notícia de uma doença sem perspectiva de cura até o momento da morte propriamente dita. Pode acometer o paciente, sua família e equipe de saúde (Kovács, 2010).

Busca-se utilizar de toda a tecnologia adquirida para que a morte chegue no tempo ideal, ou seja, tem-se como princípio a ortotanásia. A eutanásia, acelerando o momento da morte, e a distanásia, adiando o fim da vida, não são práticas bioéticas aceitáveis (Kovács, 2010).

Contudo, a prática dos cuidados paliativos ainda enfrenta muitas dificuldades de inserção. Falta formação dos profissionais, que ainda agem sob o paradigma da cura, não do cuidado. As decisões pautadas na bioética são complicadas, nem sempre se chega a um consenso entre paciente, família e equipe e até mesmo dentro da própria equipe de saúde. No Brasil, a prática ainda é recente, iniciando na década de 80 e passando por uma expansão nos anos 2000, lidando diariamente com muitas resistências nas instituições hospitalares (Matsumoto, 2012).

Cabe apontar sucintamente que essa perspectiva coloca no horizonte à possibilidade de suposto alívio total dos sintomas do paciente e do total apaziguamento de sua angústia. Freud em *O Mal-estar na cultura* (2020/1930), delineia um importante aspecto da prática do analista: como a promessa de felicidade pode trazer grandes malefícios. As ditas formas de encontrar a felicidade proferidas pela sociedade ou são fadadas ao fracasso ou geram mal-estar nos sujeitos, pois há uma disjunção estrutural entre o desejo e a cultura. Para o autor, não é possível atingirmos a felicidade por três motivos: a) nossa própria constituição psíquica, que é cindida, e por isso, sempre conflituosa; b) por condições externas a nós, referentes ao mundo, como as grandes catástrofes, e; c) para conviver em sociedade, pagamos o preço de não podermos expressar nossas pulsões de maneira completa, parte delas é recalçada. Por não haver garantias para a felicidade ou para a supressão total da dor ou angústia, a discussão da dimensão ética da psicanálise se torna de grande relevância.

Lacan no *Seminário 7* (Lacan, 1997/1959-60) ao tratar da ética da psicanálise, diz que o que nos demandam em análise é a demanda de felicidade, o que é situado por ele também como um fator político. É importante estarmos atentos sempre para o nosso desejo de querer fazer o bem em análise, em buscar a cura do sujeito, ou prometer, ainda que de forma subentendida, uma felicidade. “O que articulei este ano consistiu em mostrar-lhes, escolhendo os termos entre os mais salientes, a distância percorrida, digamos, desde Aristóteles - e em fazer-lhes sentir a que ponto abordamos as coisas num nível diferente, quando estamos longe de toda e qualquer formulação de uma disciplina da felicidade” (Lacan, 1997/1959-60, p. 343).

Não prometemos um acesso a todos os bens. Ele aponta para os perigos de querer fazer o bem em uma análise, em querer que o sujeito se cure. Lacan designa nesse sentido o desejo do psicanalista como um não-desejo de curar. Se tivermos de curar algo em nossos pacientes, seria curá-los da ilusão da promessa dos bens. A posição do analista é de não saber o bem do

outro. Poderíamos pensar até mesmo em uma posição perversa, ao assegurar-se que sabe como o outro goza.

Assim, concluímos que dirigir-se para o bem é perder de vista o desejo. Para Lacan, o bem é uma das barreiras de acesso ao campo (impossível) do desejo. Uma outra consideração lacaniana importante a partir do estudo das tragédias sobre o bem é que ele não pode governar sobre todos sem que haja um excesso, ou seja, o bem nunca conseguirá abarcar todos os sujeitos que almeja em suas ações. Ao receber uma demanda de encontrar a felicidade, devemos saber sempre que não possuímos o saber sobre este bem, pois ele não existe. A análise por sua vez, vai colocar em questão os limites do desejo do paciente (Lacan, 1997/1959-60).

Essa suposta beneficência, esse cuidado com o paciente não é apenas uma qualidade moral, mas uma posição discursiva, referente ao discurso do mestre. O sujeito universaliza a maneira como ele age, e passa a pensar em lugar de todos, podendo se sentir responsável pela humanidade. É uma das bases de atuação da ordem médica (Negro, 2008). Cabe aqui marcar os efeitos de se tentar estabelecer uma norma que seja válida para todos.

A psicanálise encontra um fértil campo de atuação nos cuidados paliativos. Ao se inserir aí, deve trabalhar com a constante tensão entre o discurso do analista e o discurso médico. Mesmo assim, essa relação sempre conflituosa pode produzir importantes efeitos. Para abordar alguns destes efeitos possíveis com a inserção do analista no hospital, discutiremos agora o caso de M. e seu caminho para estabelecer seus ritos de despedida na instituição hospitalar.

1.1.4 M. e o último desejo

Em minha rotina diária enquanto psicólogo hospitalar, reservava um período para visitar o Centro de Alta Complexidade, local onde os pacientes renais crônicos e oncológicos ficavam internados. Lá, atendia regularmente M., um homem de 45 anos com um tumor maligno diagnosticado no pescoço. A doença já estava num grau avançado, o tumor era bem grande, emitia odores fétidos e o paciente já estava com toda sua pele em tom amarelado, semelhante ao aspecto das doenças hepáticas.

Sua mulher estava todos os dias como sua acompanhante. Era muito receptiva a minha presença, e geralmente após os atendimentos com M. eu a atendia do lado de fora da enfermaria, no corredor. Ela estava sempre ansiosa, com medo da morte iminente do marido, sem saber o que fazer depois de seu falecimento, em como a vida ia seguir para ela e para o filho do casal.

Com o passar do tempo, M. foi ficando cada vez mais prostrado, os sintomas físicos foram se agravando. A chegada da morte se fazia cada dia mais presente, trazendo consigo a

função da pressa, característica do momento de concluir. A equipe de saúde e a esposa percebiam cada vez mais esta presença, bem como M., que sentia tudo isso em seu corpo. Sua fala foi ficando cada vez mais escassa, mais curta. Em alguns momentos, só conseguia comunicar-me com ele utilizando-me de perguntas cujas respostas seriam sim ou não.

Um dos temas recorrentes dos atendimentos era seu filho, de 8 anos, que ainda não havia visitado o pai no hospital. Isso se deu devido às regras da instituição, que permitem visitas apenas a crianças maiores de 12 anos. Já ciente da gravidade de seu caso, M. expressa um último desejo, o desejo de ver seu filho “nem que seja pela última vez”. Ao discutir o fato com a esposa, esta me confirma o interesse do menino em ver o pai, mas comenta sobre a incerteza da reação do filho ao ver a aparência física do marido, que, como dissemos, estava bastante alterada, evidenciando a fragilidade de suas condições clínicas.

A equipe de saúde se posiciona contra a visita do filho. Inicialmente utilizaram como justificativa as questões biológicas, pautadas pelo discurso da ciência: não é indicado que uma criança visite estas alas devido ao perigo de contrair uma infecção. Contudo, sabemos que exceções podem e são feitas para estas situações. Posteriormente, o real motivo da recusa foi explicitado: “A criança vai ficar traumatizada frente ao estado que o pai se encontra”. Sob o discurso médico, que categoriza e universaliza o sofrimento, a equipe antecipa e generaliza uma situação traumática. Operando pelo discurso do analista, entendemos que o trauma está posto a todos, visto que o sexual e a linguagem por si só já são traumáticos a um sujeito.

Tomando o trauma na perspectiva de um acontecimento (Belaga, 2006), uma mesma situação pode ser traumática a um sujeito e para outro não. Isso é verificado somente *a posteriori*. Não há universalidade de reações frente ao trauma. Temos que buscar o particular ali existente (Laurent, 2006). A equipe e a mãe têm receio de como o filho pode reagir ao encontrar o pai. Chorar? Correr pelos corredores do hospital expressando sua subjetividade e perturbando a ordem que ali deve vigorar?

Em uma manhã, a equipe liga para minha sala e me diz: “O filho do M. está lá em baixo na recepção. Deixamos ele subir para ver o pai ou não?”. O discurso médico exige respostas rápidas, impondo um tempo que desconsidera o tempo do sujeito. Lacan (1997/1969-70) nos diz que o mestre não quer saber, ele quer que as coisas andem. Assim é a rotina dentro de um hospital: situações surgem rapidamente e devem ser resolvidas rapidamente. No entanto, a atuação do analista frente a elas se mostra diferente. Eu respondo ao chamado inserindo uma pausa na pressa que me é demandada: “Em alguns minutos estou indo para o setor e debatemos a questão”.

A equipe me coloca na posição de suposto saber sobre o psiquismo humano, local em que o psicólogo hospitalar é constantemente situado (Moura, 2000). Neste caso, eles demandam que eu decida por antemão se o filho deveria visitar o pai ou não, se ele ficaria traumatizado ou não. Além disso, deveria decidir isso de forma instantânea, passando do instante de ver ao momento de concluir imediatamente.

O analista pode usar esse lugar de suposto saber que lhe é dado para mostrar a opacidade do significante mestre da instituição e colocando o saber do sujeito em evidência (Stevens, 2003). Ao chegar no Centro de Alta Complexidade, conversei com M. e lhe digo: “Seu filho está lá na recepção, você gostaria de vê-lo?” Sua resposta é que sim. Nesse dia ele quase não fala, está muito prostrado. A esposa confirma o desejo do filho em ver o pai. Por mais que fosse do desejo de M. ver seu filho, se o garoto não quisesse não iríamos promover esse encontro, pois aqui há dois desejos distintos em jogo.

Peço para liberarem a entrada do garoto. Antes dele entrar na enfermaria, me apresento, e falo que ele está ali para visitar o pai. Digo que o pai está diferente de quando ele o viu da última vez. Sua aparência mudou, ele está mais fraco e talvez não consiga falar muito. Oriento que ele pode ficar lá o tempo que quiser, e que pode sair a hora que quiser também. Pergunto novamente se ele queria ver o pai. A resposta é afirmativa.

Entramos na enfermaria o filho, a esposa e eu. M. estava dormindo. Chamamos seu nome, mas inicialmente ele não acorda. Digo: “Bom dia M., olha quem está aqui para vê-lo!”. Descrever o que ocorreu a seguir me é bastante difícil. Primeiro ele olha em minha direção e aponto para o outro lado do leito, onde o filho está. Ele abre um sorriso e pela primeira vez em dias quer se sentar para conversar com ele. Uma energia que há muito não tinha, havia voltado naquele encontro.

A reação do filho ao ver o pai ali foi relativamente tranquila. Ele não se assustou com o jeito que o pai estava, com o ambiente hospitalar nem com sua aparência física. Fiquei na enfermaria por um tempo, percebi que minha presença ali não era necessária e saí para respeitar o momento dos três. Após a conversa, a esposa me diz como o encontro teve um bom efeito nos dois. O ânimo de M. voltou naquele dia. Ele agradece a oportunidade de ver o filho pela última vez. Seu estado realmente estava bastante grave, e ele faleceu dois dias após o ocorrido.

No período de morte interdita, em que se morre majoritariamente nos hospitais, o paciente não tem mais controle de como será sua morte, seus rituais, suas despedidas. Em nosso caso, a despedida do filho seria inicialmente barrada por uma norma institucional.

Um aspecto da atuação do analista no campo dos cuidados paliativos é a posição de testemunha do vivo e/ou o *semblant* de vivo. Nessas situações, o analista atua de maneira

similar ao secretário do alienado⁴, contudo, com outra conotação clínica. Aqui, ele se coloca como um acompanhante, que se encontra em uma situação privilegiada. Seu ato não é no sentido de tamponar a angústia, ou de paliar todo o sofrimento existente, mas de colocar o sujeito a jogo, tirando-o de uma posição de inibição (Negro, 2008).

Se o paciente na clínica da terminalidade se coloca em uma posição de morto, o analista vai contrapor esta posição utilizando uma estratégia imaginária, fazendo *semblant* de vivo (Negro, 2008). A posição de morto se refere ao fato do paciente pensar que “vou morrer de qualquer jeito, não há mais nada a se fazer”. O analista mostra que sim, a morte vai chegar, mas enquanto ela não chega há a vida, há coisas para se fazer, encontros a serem realizados, palavras a serem ditas, questões a serem trabalhadas. Em nosso caso, essa posição de testemunha fez com que o analista apostasse no desejo de M. de viver, de conversar, ainda que pela última vez, com seu filho. Como nos diz Miller (2010a), o remédio para a angústia é o desejo. Ao sustentarmos nosso desejo, há um efeito de vivificação.

Discorreremos neste subtópico, portanto, sobre os tempos da morte na sociedade ocidental, buscando compreender as lentas modificações das atitudes diante da morte na cultura. Apresentamos também um fragmento clínico que analisa o caso de M, que a partir do conhecimento de que a morte estava chegando, de que seu tempo “estava acabando”, demonstra o desejo de reencontrar seu filho pela última vez, podendo assim, na medida do possível, estabelecer momentos de despedida de um ente querido, aspecto que no período da morte interdita nem sempre é permitido. Passaremos à discussão dos textos psicanalíticos sobre o tema da morte, com o intuito de entender como se dá a relação inconsciente-morte a partir de Freud.

1.2 O ESTATUTO METAPSICOLÓGICO DA MORTE

Considera-se classicamente que o tema da morte na obra freudiana foi majoritariamente trabalhado a partir da segunda teoria das pulsões, no momento em que Freud insere na formulação da constituição psíquica a pulsão de morte em *Além do Princípio do Prazer* (Freud, 2011a/1920). Contudo, Freud em um primeiro momento trata a morte como um real via de regra traumático e inescapável a que todos nós estamos submetidos. Somente a partir de 1920 a morte é incorporada nos aspectos elementares do sujeito, fazendo uso da dualidade vida e morte,

⁴ É uma noção desenvolvida por Lacan no *Seminário 3, As Psicoses* (Lacan, 1985b/1981), que diz de uma posição ética do analista frente à clínica da psicose. O analista acolhe o sujeito psicótico, secretaria o conteúdo trazido por ele, considera este conteúdo com rigor, para que o sujeito possa ancorar significante, sentido e gozo. O secretário se coloca como uma pessoa de confiança ao paciente, que guarda, registra e auxilia a organização de sua fala.

colocando-a na forma de pulsão de morte e amarrando os aspectos adotados no primeiro momento do estudo metapsicológico da morte, como seu aspecto de infamiliar (Rocha, 2010).

Nesta seção trataremos da visão freudiana da morte tendo como base este primeiro momento, em que o autor investiga a morte como um universal sem exceções, que pode ser expresso na proposição “todos os homens devem morrer”⁵. Abordaremos os escritos em que Freud estabelece importantes premissas da relação inconsciente e morte, sendo eles: *O tema da escolha do cofrinho* (Freud, 2010b/1913); *Totem e Tabu* (Freud, 2012/1913); *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (Freud, 2015a/1915); *A transitoriedade* (Freud, 2015b/1916) e *O infamiliar* (Freud, 2019b/1919). Além disso, demonstraremos a partir de sua biografia (Gay, 1989) e de uma entrevista dada ao jornalista estadunidense George Viereck em 1926, como Freud lidou com sua própria morte, tomando como ponto de partida o momento em que foi diagnosticado com câncer de palato.

Por fim, na perspectiva do *roter Faden* apresentada anteriormente, discutiremos o caso de J. Neste fragmento clínico veremos como J. lida, a sua maneira, com a impossibilidade de inscrição da morte no inconsciente e sua tentativa de se “tornar imortal” a partir da escrita.

1.2.1 O inconsciente não conhece a morte

Freud inicialmente tratou do tema da morte em sua obra “como um fenômeno universal” (Gay, 1989, p. 396), como um destino inexorável, um real traumático que atinge a todos, sem exceção. É importante abarcar a conjuntura histórica em que estes textos foram produzidos. *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (2015a/1915), por exemplo, foi escrito no contexto da Primeira Guerra Mundial. Nesse período, Freud vivenciou a Grande Guerra e sentiu em sua própria vida seus poderosos efeitos. Seus familiares estavam na linha de frente dos combates, o que lhe trazia grande preocupação. Devido às dificuldades financeiras, atendia a poucos pacientes. No entanto, este foi um período de grande produção teórica para a psicanálise, como a publicação de seus clássicos artigos metapsicológicos (Gay, 1989).

Freud (2015a/1915) escreve se referindo ao sofrimento psíquico das pessoas que não estão lutando na guerra, aos não combatentes, que permaneceram em casa esperando

⁵ Freud faz uso desta proposição em *O Infamiliar* (2019b/1919), para dizer de uma afirmação universal. Esta proposição está sempre presente nos manuais de lógica, contudo ninguém é capaz de esclarecê-la totalmente, evidenciando a dificuldade do sujeito em lidar com a morte. Além disso, podemos perceber aí a não inscrição da morte no inconsciente: estamos sempre nos referindo à morte de terceiros. Pode-se até dizer que o sujeito inclui a si mesmo nesta proposição, contudo, é sempre carregado de um porém: “sei que vou morrer, mas algum outro dia, não agora” (Gondar, 1995a).

seus entes queridos, incluindo a si mesmo nesse grupo. Aborda dois grandes pontos responsáveis por esse sofrimento: o primeiro é a desilusão coletiva provocada pela guerra; e o segundo, a exigência de mudança na atitude diante da morte causada pela guerra, ponto que nos debruçaremos.

Nosso discurso sobre a morte não é sincero. É comum ouvir que a morte é o destino da vida, que é a única certeza que temos desde que nascemos, transparecendo que vemos a morte como natural e inevitável, como “uma questão de tempo”. Contudo, temos uma relação com a morte sempre marcada pelo paradoxo e pela ambivalência. Em nossos atos, agimos como se a morte não existisse, a excluimos de nossa vida, tentando silenciá-la. Freud (2015a/1915) exemplifica essa contradição nos pedindo que imaginemos nossa própria morte: até mesmo nesse contexto, nos vemos como observadores, como externos à cena.

O ensinamento freudiano primordial é que a morte não se inscreve no inconsciente, ou seja, no campo do inconsciente, estamos convencidos que somos imortais. A morte seria entendida nesse sentido como a absoluta falta de sentido ou representação (Rocha, 2010). Isso se sustenta porque o inconsciente:

“Não conhece em absoluto nada negativo, nenhuma negação — nele os opostos coincidem —, e por isso não conhece tampouco a própria morte, a qual só podemos dotar de um conteúdo negativo. Logo, não existe em nós nada instintual que favoreça a crença na morte”. (Freud, 2015a/1915, p. 242)

Desse modo, na atuação clínica com o real da morte, há duas impossibilidades: a estrutural, apontada por Freud e a de cada época, delimitada por Ariès. Cabe a nós, analistas, suportar as duas em nossa prática profissional (Negro, 2008).

O medo da morte, facilmente reconhecido e observável, se dá entre o eu e o supereu, quando em uma situação de angústia o eu abandona a si como objeto de libido narcísica. Identificamos este medo em dois casos: em um perigo externo e um processo interno. No processo interno, como na melancolia, o eu não investe a libido em si mesmo por sentir-se perseguido pelo supereu, eliciando um sentimento de angústia de morte. No perigo externo, o eu se sente desamparado, sem recursos protetivos, “e deixa-se morrer” (Freud, 2011b/1923, p. 73).

Essa diferente atitude diante da morte causada pela guerra tem como consequência um sentimento coletivo de se sentir estrangeiro em um mundo que antes era familiar (Freud,

2015a/1915). Podemos pensar aqui na sensação do *Unheimlich*, do infamiliar, que seria formalizada anos depois, em 1919⁶.

No texto de 1919 (Freud, 2019b/1919), Freud descreve a palavra-conceito do infamiliar, fazendo uso de dicionários de diversas línguas e também do conto *O homem da Areia*, de Ernst Hoffman. O infamiliar é uma sensação de estranheza que traz inquietude, que assusta. Contudo, é um afeto também familiar ao sujeito, é uma sensação que remete ao conhecido. A palavra comporta uma ambiguidade: de tão íntimo, de tão familiar, torna-se secreto. "Infamiliar seria tudo o que deveria permanecer em segredo, oculto, mas que veio à tona" (Freud, 2019b/1919, p. 45).

Para as pessoas no geral, pensar na morte e em suas formas de apresentação, como por exemplo cadáveres ou espíritos gera uma sensação de inquietante. A relação é tão forte que, por exemplo, em algumas línguas modernas, a expressão "uma casa *unheimlich*" é traduzida por "uma casa mal-assombrada" (Freud, 2019b/1919).

Assim, como já prenunciado em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (Freud, 2015a/1915), uma das formas mais potentes do infamiliar se manifestar é no campo da morte. Contudo, esse estranhamento na maior parte das vezes está associado ao horripilante, ao macabro. Em se tratando da morte há uma mistura na apresentação da sensação do infamiliar. O sentimento do inquietante funciona como "uma fina coberta" (Freud, 2019b/1919, p. 87), recobrando nossa relação com a morte.

Em *O tema da escolha do Cofrinho* (Freud, 2010b/1913), Freud trata importantes pontos sobre sua visão metapsicológica da morte. O pai da psicanálise se utiliza do mesmo recurso d'*O Infamiliar* (2019b/1919), recorrendo a seus escritores favoritos para retirar de suas obras ensinamentos sobre o funcionamento psíquico (Rocha, 2010).

Trata inicialmente da escolha ocorrida em *O Mercador de Veneza* (Shakespeare, 1605), obra shakespeariana em que três pretendentes podem ganhar a mão de Pórcia, uma bela jovem, escolhendo três cofrinhos: um de ouro, um de prata e outro de chumbo. Quem escolhesse o cofrinho correto poderia casar-se com a moça. Bassânio, o terceiro pretendente, escolhe o cofrinho de chumbo, preterido pelos outros dois concorrentes, e pode assim se casar com Pórcia.

⁶ Curioso como estas linhas de 1915 soam tão atuais, mais de cem anos depois que foram escritas. O mesmo efeito que ocorreu durante a Primeira Guerra, é o que sentimos durante a quarentena do Covid-19. Nossa casa, lugar que outrora fora tão familiar, agora nos aprisiona. De tão íntima, nossa casa tornou-se estranha. Não só nosso lar se tornou inóspito: ao sair às ruas, vimos como tudo se tornou diferente: lojas fechadas, menos pessoas circulando, a maioria usando máscara. Quem pensaria que estaríamos higienizando uma embalagem recém comprada de álcool em gel com o álcool em gel que tínhamos em casa? Uma tarefa como ir ao supermercado, que antes era tão simples, tornou-se muito mais complexa.

O tema da escolha se repete em *Rei Lear* (Shakespeare, 1606), também escrita por Shakespeare. O Rei, que já estava velho, decide dividir seu reino entre suas três filhas. O critério de decisão seria o tamanho do amor que cada uma diria sentir pelo pai. As duas primeiras, Goneril e Regan, declaram morrer de amores por ele, enquanto Cordélia, a terceira, fica calada, recusa-se a demonstrar juras de amor, sustentando um amor discreto e mudo. Lear então divide o reino para as duas primeiras filhas, ignorando Cordélia. Isso gera importantes consequências no reino. Aponta-se aí a escolha entre três mulheres, assim como antes eram três cofrinhos, e que novamente a terceira opção era a correta.

A partir desses trechos, Freud (2010b/1913) retoma outras passagens literárias, como a *Gata Borralheira (ou Cinderela)*, o *Julgamento de Páris* e a história de Psiquê, presente na fábula de Apuleio (Séc. II a.C.), em que a mesma escolha se repete, como um caráter fatalístico. A escolha certa seria sempre a terceira das mulheres. Freud então se pergunta: quem são essas três irmãs/mulheres que sempre retornam? A resposta não poderia ser apenas justificada pela presença da beleza nestas mulheres. Haveria algo mais oculto nesta decisão.

Bassânio, ao defender o cofrinho de chumbo, diz que ele é mudo, enquanto o ouro e a prata são sonoros. Comparando as duas histórias shakespearianas, temos: o chumbo é mudo como Cordélia, que ama silenciosamente seu pai (Freud, 2010b/1913).

Tomemos outro exemplo: o libreto de *La Belle Hélène*, que mostra o julgamento de Páris. O rapaz deve julgar qual a deusa mais bela entre Hera, Atenas e Afrodite. As duas primeiras vão até ele e buscam seu voto através de promessas. No entanto, Afrodite, a terceira deusa, nada diz a Páris, e mesmo assim recebe o prêmio. Freud observa como na terceira mulher sempre aparece um caráter de mudez, de silêncio, ou ocultamento, e assim define um importante aspecto metapsicológico da morte: “a psicanálise nos dirá que nos sonhos a mudez é uma costumeira representação da morte” (Freud, 2010b/1913, p. 307) e acrescenta: “a mudez deve ser interpretada como signo da morte também em outras produções que não o sonho (Freud, 2010b/1913, p. 308).

Tomando essa associação, Freud (2010b/1913) considera que a terceira irmã com sua característica mudez seria uma representação da deusa da morte ou da morte propriamente dita. Assim, a partir desse rastreamento da repetição do tema das escolhas, chegamos às moiras, as Deusas do Destino, em que a terceira delas é a representação da morte: Átropos, a Inexorável⁷.

⁷ As moiras são três irmãs tecelãs que na mitologia grega determinam o destino dos seres humanos e dos deuses. Eram três mulheres responsáveis por elaborar, tecer e romper o fio da vida de todos os indivíduos. Cloto era responsável por iniciar a tecer o fio da vida, representando o nascimento. Laquese se dedicava às atribuições que se ganhava em vida, como as provas e as dores que cada um enfrentaria. Átropos cortava o fio da vida, determinando a morte dos homens.

Para Freud, a criação das Moiras é uma lembrança ao homem que ele também está sujeito às leis da natureza, de sua transitoriedade, e, conseqüentemente, da morte.

O fato de Pórcia ser a mais bela, Cordélia ser a mais jovem e Afrodite a deusa da beleza não são empecilhos para a interpretação freudiana de que elas são também representações da morte. Ele justifica e sustenta sua posição explicitando que conteúdos inconscientes podem passar pela barra do recalque a partir da substituição pelo contrário. Para não se haver com a morte de forma tão clara, encarando sua própria mortalidade, o homem a representou como uma mulher jovem e bela, a melhor das escolhas (Freud, 2010b/1913). Percebemos aqui uma das formas com que o belo pode vir como véu, encobrendo a relação do homem com o real de sua própria mortalidade⁸.

A partir dessa inversão temos a ilusão de superar a morte colocando nas mãos do homem a escolha da “terceira irmã”. Na verdade, a terceira escolha é a única escolha certa porque é a que não podemos evitar, pois todos estamos submetidos à morte. Aponta-se também nesse contexto o caráter de inquietante, pois na beleza da terceira escolha, esconde-se o familiar da morte (Freud, 2010b/1913).

A associação da morte com a mudez, e deste modo, com a inibição, conceito que seria formalizado em 1926 em *Inibição, sintoma e angústia* (Freud, 2014a/1926), pode ser facilmente notada na prática hospitalar. Ao se deparar com um real traumático, o sujeito pode ficar sem palavras, sem recursos simbólicos para lidar com a situação. Já acompanhamos o caso de uma mulher, J., que ao saber de seu quadro bastante grave de cirrose hepática ficou três dias sem pronunciar uma palavra sequer. Com o analista ali sustentando esse tempo de compreender, que é particular a cada um, J. conseguiu falar pela primeira vez sobre sua condição.

Além da conexão entre a morte e a inibição, identificamos outro ponto presente em *A escolha dos três cofrinhos*: o enlaçamento da morte com o feminino. A escolha sempre recai em uma figura feminina, seja ela uma deusa, a filha de um rei ou uma futura noiva. Freud aponta três laços que o homem tem com a mulher: a da mãe, da esposa e da destruidora, aqui entendida como a morte. Freud conclui, ressaltando o caráter de inevitabilidade da morte presente neste momento de sua obra: “Mas é em vão que o velho ambiciona o amor da mulher, tal como primeiramente recebeu da mãe; apenas a terceira das criaturas do Destino, a silenciosa deusa da morte, o tomará em seus braços” (Freud, 2012/1913, p. 316). Este trecho evidencia a forma com que Freud lida com a morte em sua primeira tópica, antes do desenvolvimento da pulsão de morte: como algo que pode aparentar ser uma escolha (a terceira), mas que

⁸ Analisaremos um caso em que isso ocorre no subtópico 1.3.3.

irremediavelmente será escolhida. A morte, além de não ter inscrição psíquica, é um real inescapável ao homem.

Freud reconhece as mudanças culturais nas atitudes diante da morte. Ele não as divide em momentos específicos como Ariès (2003), mas coloca em perspectiva as diferenças nas atitudes entre o homem primevo e o homem contemporâneo. A relação do homem pré-histórico com a morte foi marcada por uma contradição: ao mesmo tempo que reconhecia a morte, a desabonava. Essa ambivalência era possível porque ele reconhecia e levava a sério a morte de seu inimigo, enquanto a sua própria morte não era considerada. A morte de um desconhecido era justa porque significava o assassinato, eliminação de algo que ele odiava. A morte do inimigo era realizada pelo homem primevo como algo óbvio e natural, sem a eliciação de sentimentos de culpa (Freud, 2015a/1915).

No homem primevo a ambivalência dos conteúdos psíquicos era mais intensa que hoje (Freud, 2012/1913). Assim, as contradições até agora apresentadas, da morte do outro ser aceita e a própria mortalidade não (Freud, 2015a/1915), da metaforização da morte em beleza e juventude (Freud, 2010b/1913) e também em como o sentimento de infamiliar comporta também o que foi familiar (Freud, 2019/1919) são mais facilmente compreendidos.

A facilidade com que se assassinava na pré-história foi analisada em *Totem e Tabu* (Freud, 2012/1913) como uma dívida de sangue da sociedade primeva, que se transformou na ideia de um pecado original, em uma culpa primária que toda a sociedade carrega. Tomando como exemplo o cristianismo: “Se o filho de Deus teve que sacrificar a vida para redimir a humanidade do pecado original, então, segundo a regra de talião, de pagamento com igual moeda, esse pecado deve ter sido uma morte, um assassinato” (Freud, 2015a/1915, p. 235). Assim, o parricídio seria nessa vertente o primeiro crime cometido pela humanidade. A partir da análise do mito, a morte se inscreve na base fundante das relações humanas, funcionando como a expressão de um pacto simbólico de renúncia a um gozo ilimitado para que seja possível conviver em sociedade.

O paradoxo vigente no homem primevo entrava em conflito quando alguém de sua comunidade, alguém que lhe era querido morria. Existia a ambivalência por que ele via esse outro como alguém estrangeiro, mas também devido a seu amor por ele, depositava ali sua libido, partes do seu eu. Desse modo, na dor do luto por um outro querido, o homem pré-histórico toca sua finitude, entende que ele também pode morrer (Freud, 2015a/1915).

Esse momento tem tanta importância para Freud que é a partir desse choque entre as duas atitudes que decorre o nascimento da “pesquisa humana e a psicologia” (Freud, 2015a/1915, p. 238). Já não era possível fingir que a morte não existia, mas ainda assim havia

a dificuldade em aceitar a transitoriedade em si mesmo. O assassinato começou a ser contestado, e surgiu a partir daí também a doutrina da alma, a crença na imortalidade pós-morte, uma consciência coletiva de culpa e o início da formulação dos mandamentos éticos, como o “Não matarás” (Freud, 2015a/1915).

Partindo para as atitudes do homem moderno, Freud busca compreender como se dá a relação atual do homem e do seu inconsciente com a questão da morte. A resposta que nos é dada é que quase nada se alterou desde o homem primevo. Aponta-se dois pontos determinantes para essa constância: a força de nossas reações emotivas originárias e a incerteza do saber científico (Freud, 2019/1919).

Ainda cremos a nível inconsciente que somos imortais, pois não há inscrição no inconsciente da morte. A diferença em comparação ao homem primevo se dá no contexto da morte de outras pessoas. Atualmente, salvo exceções, nosso inconsciente já não mata ninguém, apenas deseja e imagina o assassinato. Essa imaginarização do assassinato já traz satisfação. Constatamos que o inconsciente não conhece a própria morte, por ela ser uma representação negativa, mas comporta desejos de morte a terceiros (Freud, 2015a/1915). Frases como “Vá para o inferno!” ou “Queria que você sumisse!” mostram como o homem de hoje ainda deseja como o homem da pré-história, porém nem sempre atua. Contudo, no âmbito hospitalar, nos casos que chegam aos serviços de urgência e emergência, evidencia-se como a violência está cada vez mais presente e faz parte da rotina destes serviços. O trabalho de Pereira et al. (2016), por exemplo, mostra como as equipes de unidades de saúde em Belo Horizonte são impactadas com os efeitos do aumento da violência urbana.

Assim como no homem primitivo, as duas atitudes se chocam quando ocorre a morte de alguém querido, colocando em evidência a alteridade presente neste outro, bem como a própria libido investida neste objeto. Enquanto na pré-história o encontro das duas atitudes resultou na doutrina da alma e nas pesquisas éticas, na contemporaneidade essa confluência tem como consequência as neuroses (Freud, 2015a/1915).

Além disso, a atitude ambivalente na relação com a morte hoje se transformou em um sentimento de piedade (Freud, 2019/1919), como uma cicatriz consciente do paradoxo das duas atitudes. Essa piedade diz: “*de mortuis nil nisi bene*” [dos mortos não se fale, a não ser bem] (Freud, 2012/1913, p. 72). Assim, tratamos o morto como um herói, como alguém que merece ser homenageado por ter realizado uma árdua tarefa, a de morrer. Mesmo que não tenha sido uma boa pessoa em vida, nos abtemos de falar mal de seus feitos, desconsideramos seus erros, dizendo apenas o que foi positivo. Tentamos incessantemente afastar os aspectos negativos da morte ou do morto (Freud, 2015a/1915).

Na tentativa de diminuir o poder da morte, a tratamos como se ela fosse algo casual, como uma fatalidade ocorrida na vida de alguém. Damos-lhe um status de algo fortuito, anunciando a morte de alguém devido a um acidente, a uma doença ou até mesmo à velhice, e não como um real que necessariamente teremos que passar (Freud, 2015a/1915). Isso é consonante com o aspecto apontado por Ariès (2014) de que, a partir do momento em que a morte foi hospitalizada, sua representação passou a ser a da doença, notadamente o câncer. Fazemos isso como se tornasse mais fácil aceitar a sua natureza e inevitável destino.

Freud aponta aspectos da morte invertida também identificados por Ariès (2003): as pessoas evitam falar da morte quando o enfermo pode escutá-lo, evidenciando seu caráter de não-dito. A exceção são as crianças, que falam de maneira tranquila com seus pares e outros adultos sobre a ideia da morte (Freud, 2015a/1915). Interessante pontuar que o próprio Freud passaria por esta situação em 1923, quando seu câncer de palato foi diagnosticado: seus amigos e família lhe ocultariam a gravidade do quadro (Gay, 1989).

Os adultos, deste modo, não podem falar ou pensar sobre a morte sem se considerarem “duros ou malvados” (Freud, 2015a/1915). O contexto em que isso é socialmente aceito é se o indivíduo lida com a morte no campo profissional, imaginado aqui falsamente como livre de afetos, como um campo regido apenas pela racionalidade. Podemos citar como exemplo advogados, agentes funerários, a equipe multiprofissional de um hospital ou a *escrita de uma dissertação de mestrado sobre o tema*. Sabemos, contudo, que no campo profissional o lidar com a morte também gera efeitos nos profissionais.

Nossa atitude diante da morte tem um importante efeito negativo: negar a morte, tentar afastá-la de todos os modos gera um empobrecimento da nossa vida. A vida fica sem graça, insossa, sem cor. Utilizando da metáfora de Freud, fica como um flerte americano, um flerte que os dois lados sabem que nada vai sair daquilo. Excluir a morte do cálculo da vida pode acarretar no não aproveitamento de sua finitude. As relações podem perder a importância, o luto pode se tornar demasiado intenso, podemos perder importantes oportunidades de crescimento, que são perigosas, mas necessárias. Em outras palavras, pode ocorrer um sentimento de paralisação, de inibição frente a diversas situações (Freud, 2015a/1915).

Freud em *A transitoriedade* (2015b/1916) descreve um passeio realizado na companhia de um amigo que pouco falava e de um jovem poeta famoso. Atribui-se que essas pessoas eram Lou Andreas-Salomé (tratada por Freud no texto no gênero masculino) e Rainer Maria Rilke. O assunto tratado aqui são as possíveis atitudes diante da transitoriedade ou, como nos diz Rocha (2010), aos verdadeiros valores da vida.

Na breve excursão, o poeta contemplava a paisagem daquele dia de verão, porém não conseguia se sentir feliz por isso. O motivo era a transitoriedade de tudo aquilo, que desapareceria rapidamente na chegada do inverno. Naquele momento, saber da finitude de tudo lhe trouxe um sentimento de grande desolação (Freud, 2015b/1916).

Apontam-se aí duas reações diante da transitoriedade do belo: um “doloroso cansaço” e a revolta diante desta finitude. Freud acrescenta uma terceira, que para ele é a mais indicada: a temporariedade implica em uma maior fruição dos acontecimentos, não em sua desvalorização. Saber que a transitoriedade é o destino de tudo destaca ainda mais o valor dos fenômenos (Freud, 2015b/1916).

Valor de transitoriedade é valor de raridade no tempo. A limitação da possibilidade da fruição aumenta a sua preciosidade. É incompreensível, afirmei, que a ideia da transitoriedade do belo deva perturbar a alegria que ele nos proporciona. Quanto à beleza da natureza, ela sempre volta depois que é destruída pelo inverno, e esse retorno bem pode ser considerado eterno, em relação ao nosso tempo de vida. Vemos desaparecer a beleza do rosto e do corpo humanos no curso de nossa vida, mas essa brevidade lhes acrescenta mais um encanto. Se existir uma flor que floresça apenas uma noite, ela não nos parecerá menos formosa por isso. (Freud, 2015b/1916, p. 249)

Ressaltamos que esta terceira alternativa foi sugerida por ele na de deflagração da Primeira Guerra Mundial, o mesmo contexto da escrita de *Considerações atuais sobre a Guerra e a Morte* (Freud, 2015a/1915). O posicionamento de Freud deve ser entendido não como um suposto otimismo, mas como um posicionamento ético singular (Rocha, 2010).

Freud (2015b/1916) relata que seus companheiros não receberam a terceira sugestão com entusiasmo. Ainda se mostravam desolados. O amigo pessimista se recusava em entender na verdade o caráter finito e parcial de uma satisfação libidinal. O que entrou em jogo foi, portanto, a revolta psíquica contra um futuro luto pela perda de um objeto. Eles sentiram um luto antecipatório do término de uma satisfação libidinal, desestimando o que tinham diante de si naquele momento.

Como a psique busca evitar o desprazer, a capacidade de apreciar a beleza dos dois amigos de Freud foi afetada. Para se defenderem desta ameaça de castração, passaram a idealizar um mundo sem brilho, renunciando seu gozo e a fruição (Rocha, 2010). Ao receber uma notícia de doença com diagnóstico terminal, o sujeito pode ficar estagnado em uma reação melancólica. O pesquisador atendeu G., uma paciente de 32 anos com um câncer em estado bastante avançado, que ao saber de seu quadro clínico se colocou nesta posição, rejeitando banhar-se ou comer e negando visitas familiares. Assim como o poeta amigo de Freud, o mundo de G. perdeu o brilho.

Nesse sentido, compreendemos que falar sobre a morte é falar sobre a vida. Entender que as coisas são transitórias, faltosas e parciais pode ser uma importante via para a sua fruição.

Freud defende:

Não seria melhor dar à morte o lugar que lhe cabe, na realidade e em nossos pensamentos, e pôr um pouco mais à mostra nossa atitude inconsciente ante a morte, que até agora reprimimos cuidadosamente? Isso não parece uma realização maior, seria antes um passo atrás em vários aspectos, uma regressão, mas tem a vantagem de levar mais em conta a verdade e nos tornar a vida novamente suportável. Suportar a vida continua a ser o primeiro dever dos vivos. A ilusão perde o valor se nos atrapalha nisso. Recordemo-nos do velho ditado: *Si vis pacem, para bellum*. Se queres conservar a paz, prepara-te para a guerra. No momento atual caberia mudá-lo: *Si vis vitam, para mortem*. Se queres aguentar a vida, prepara-te para a morte. (Freud, 2015a/1915, p. 246)

As três reações diante da transitoriedade apontadas por Freud são possíveis, mas não abarcam toda a capacidade de invenção do sujeito do inconsciente. Partindo desta premissa, nos propusemos a investigar: qual foi a atitude de Freud diante de sua própria mortalidade?

Como sabido, Freud faleceu em setembro de 1939, diagnosticado com câncer de palato. Contudo, não foi apenas naquele ano que a doença foi descoberta. Ela foi diagnosticada 16 anos antes, em 1923, e a partir daí Freud começou a esboçar seus desejos e afetos sobre sua finitude e da forma como gostaria de morrer (Gay, 1989).

Na primavera de 1923, após aparecerem alguns sintomas que o preocuparam, Freud procura Maximilian Steiner, um dermatologista, que diagnosticou a neoplasia na região do palato, mas lhe oculta a gravidade do tumor, dizendo que é benigno. Felix Deutsch, que havia sido seu clínico geral, fez o mesmo. Indica que Freud retire o tumor em uma cirurgia, mas também lhe abrandava o diagnóstico. Deutsch toma esta decisão baseado na frágil condição do coração de Freud, que poderia não aguentar a notícia e na morte de seu neto no mesmo ano. Esse neto era filho de Sophie, filha de Freud que havia morrido em 1920. No mesmo ano, Freud diz a Deutsch que ele não queria viver em sofrimento devido a alguma doença, e que caso isso acontecesse, que Deutsch o ajudasse a “desaparecer desse mundo com decência” (Gay, 1989, p.425).

O próprio Freud se viu envolvido em uma conspiração do silêncio⁹, movimento característico da morte invertida, discutida no primeiro subtópico deste capítulo. Tenta-se privar o sujeito de sua morte com a justificativa de que ele não dará conta de se haver com esse real

⁹ A *conspiração do silêncio* é uma terminologia utilizada pelo campo da Psicologia Hospitalar para se referir a uma situação em que equipe e família sabem do diagnóstico grave do paciente, mas optam por não comunicar a ele, ou comunicar somente os aspectos positivos do seu quadro (Kovács, 2010). Este tópico será abordado no segundo capítulo desta dissertação, mais especificamente no subtópico 2.3.3, com o caso de J.D.

traumático e angustiante. No caso de Freud, os motivos foram seu coração e a recente perda de seu neto. Nem o próprio pai da psicanálise foi poupado dessa tentativa de privação.

Nesses casos, o sujeito pode também entrar na encenação, agindo como se seu caso não fosse grave (Ariès, 2014). Freud passou assim a dissimular seu prognóstico, comunicando a seus discípulos que a cirurgia havia sido bem sucedida e que ele poderia até mesmo fumar, mesmo que moderadamente. Ele passaria nos próximos anos por exames constantes, realizando aproximadamente 30 pequenas cirurgias para remover os tumores benignos ou pré-cancerosos. Anos depois, ao descobrir que todos lhe esconderam o diagnóstico, Freud ficou furioso. “Dizer a verdade, ainda que assustadora, era a maior bondade” (Gay, 1989, p. 429).

Em 1926, Freud concede uma entrevista ao jornalista estadunidense George Viereck. Na época ele estava na casa dos 70 anos e já sabia do diagnóstico de câncer de palato. Utilizava uma prótese no maxilar superior, que detestava. A prótese lhe causava grande irritação e perda de energia, porém Freud se esforçava para lidar com ela. “Ainda prefiro a existência à extinção” (Freud, 1926).

Viereck pergunta ao pai da psicanálise se ele era um profundo pessimista. Sua resposta é que não. Para ele, nenhuma reflexão da filosofia conseguirá atrapalhar seu aproveitamento das coisas simples da vida. Diz que seus setenta anos o ensinaram a aceitar a vida com humildade. Contudo, acrescenta: “Talvez os deuses sejam gentis conosco, tornando a vida mais desagradável à medida que envelhecemos. Por fim, a morte nos parece menos intolerável do que os fardos que carregamos” (Freud, 1926). Mesmo com esta resposta de Freud, veremos que nos casos analisados nesta dissertação a degradação das condições de viver nem sempre faz a iminência da morte ser menos intolerável. Isto pode se tornar abertura para que questões importantes surjam.

Freud é questionado se não gostaria de viver, para sempre, se tinha um desejo de imortalidade. Diz que está satisfeito em saber que “o eterno aborrecimento de viver finalmente passará”, e que, ao tomarmos consciência dos motivos narcísicos dos comportamentos humanos, esse possível desejo de imortalidade se esvai (Freud, 1926). Ele aponta a vida como uma constante luta entre duas forças: aqui o eu e o ambiente, sempre marcando a dualidade presente em sua obra.

Em 1938, os sintomas se tornaram mais graves, e Freud passa por uma cirurgia de duas horas em que seu rosto é bastante cortado para que se tivesse acesso ao tumor. A partir desse momento ele pede que seus amigos o visitassem, para que pudesse se despedir. O fluxo das visitas era controlado por sua filha, Anna e sua esposa, Martha. Em 1939, o câncer era o assunto mais comentado por Freud em suas cartas (Gay, 1989).

Uma biópsia foi realizada em fevereiro de 1939 e é constatado que o câncer voltou em um ponto de sua boca que não é possível realizar alguma operação cirúrgica. Seus médicos lhe propõem um tratamento de radioterapia, na tentativa de lhe resultarem em algum tempo de vida. Freud comenta: “Não me iludo sobre as possibilidades do resultado final em minha idade. Sinto-me cansado e esgotado com tudo o que fazem para mim. Como caminho para o fim inevitável, é tão bom quanto outro qualquer, embora pessoalmente eu não o teria escolhido” (Gay, 1989, p. 641).

Freud expressa o desejo de acabar com seu sofrimento, em que “uma doença que interrompesse o processo cruel seria muito desejável” (Gay, 1989, p. 641). O tecido canceroso começa a emitir fortes odores, e nem seu *chow chow*, Jo-Fi, consegue ficar perto do dono. É o aspecto da morte suja constatado por Ariès (2003). A deterioração corporal não acontece mais após a morte, se inicia antes dela, causando horror e afastamento de quem cerca o enfermo.

Em setembro de 1939, Max Schur, seu médico, o visita em sua casa, e Freud o pede que alivie seu sofrimento. Schur conversa com Anna Freud sobre o pedido de seu pai. Ela quer que o doloroso momento seja adiado, porém, Schur insiste. Schur aplica em Freud no dia 21 de setembro 3 centigramas de morfina (a dose normal era de 2 centigramas). De acordo com o relato do médico, ele morreu com dignidade e sem autopiedade. Freud entrou em um coma profundo e Schur aplicou a dose final no dia 22 de setembro. Freud morreu no dia 23 de setembro de 1939 (Gay, 1989).

Ao contrário do que acontecia geralmente no século XIX (Ariès, 2003), Freud teve certa autonomia sobre sua própria morte, morrendo em casa, não em um leito hospitalar, e organizando com antecedência cerimônias de despedida para seus familiares e amigos. O poder de decisão de Freud foi tão grande que envolveu um polêmico pedido de suicídio assistido, atendido pelo seu médico Max Schur. Para evitar viver mais algum tempo, no que em seu ponto de vista seria em sofrimento, preferiu morrer sem dor e com uma tranquilidade medicalizada.

1.2.2 J. driblando a morte

Como foi exposto na seção anterior sobre as contribuições freudianas para a construção de um estudo sobre a morte, a nível inconsciente cremos que somos imortais, não simbolizamos nossa própria mortalidade. Tendo isto em consideração, como um sujeito pode elaborar algo que não se inscreve em seu inconsciente? Ao se deparar com uma doença que pode acarretar em sua morte, o sujeito sente que seu tempo está contado, que seus dias irão se findar em breve.

Quais soluções ele pode criar? Examinaremos agora o caso de J., que desenvolve uma forma de “driblar” sua finitude fazendo uso da escrita.

Sou chamado pela equipe de saúde para atender J., um homem de 44 anos. Pelo telefone me é relatado que ele possui diagnóstico de câncer de pulmão, com metástases cerebrais. A equipe percebeu que havia algo de errado pois ele estava há três noites sem dormir. J. passava as noites em pé, recusando a deitar-se e dormir. Mesmo assim, devido aos remédios que tomava, durante o dia ele acabava cochilando. Com esse breve descanso durante o dia, reunia um pouco de força e passava a noite seguinte em pé, causando a comoção da equipe e da família que o acompanhava.

Os atendimentos com J. duraram quatro semanas, com sessões aproximadamente a cada dois dias. No início, ele não falava sobre sua condição clínica. Conta-me sobre como é sua vida fora do hospital. É professor de português e de literatura, e mostra um vasto conhecimento sobre o tema. Os temas de discussão no começo perpassavam por este campo, como sente falta de dar aulas, da sua rotina corrida, que tanto gostava.

Estar hospitalizado pode gerar muita angústia para uma pessoa: estar confinado em um ambiente diferente, longe de sua casa, pessoas queridas e até mesmo de seus bens materiais cria uma sensação de estranhamento. À primeira vista, não há muito o que fazer em uma enfermaria, o paciente realmente se torna paciente: espera que alguém chegue para medir a pressão, para dar remédios, para entregar suas refeições, para receitar algo, alguém da família para conversar um pouco no horário de visitas... a internação pode se transformar em uma espera passiva.

Ao me relatar sobre suas aulas, não hesita em deixar claro em diversas ocasiões o valor que tem no campo do Outro: diz como seus alunos gostam dele, como eles sentem sua falta, mandam mensagens pelo WhatsApp e até mesmo o visitam em algumas ocasiões. Em situações críticas como estas, é importante para o sujeito saber que ocupa um lugar no campo simbólico, no liame social.

J. menciona raras vezes o motivo dele estar hospitalizado. Contudo, sempre diz “minha doença”, ou outro termo similar, nunca pronuncia a palavra câncer especificamente. Como vimos com Ariès (2003), a doença terminal se tornou a principal representação da morte no imaginário social, sendo o câncer um nome bastante temido. Sabemos que atualmente o tratamento para diversos tipos de câncer está bastante avançado, e o simples fato de ser

diagnosticado com câncer não quer dizer que a pessoa irá morrer. Mesmo assim, o estigma do nome ainda persiste, mesmo que de maneira menos intensa¹⁰.

No decorrer dos atendimentos, J. me revela o motivo pelo qual passava as noites de pé na enfermaria: ele tinha medo de dormir e acabar morrendo. Em minha prática enquanto psicólogo hospitalar, me deparei muitas vezes com esse ato. Algumas pessoas se recusam, lutam com todas as forças contra seu instinto biológico para não dormir.

Mesmo sabendo que era esse o provável motivo de sua recusa em dormir, o analista opera sobre o discurso em que se coloca como função de objeto a, sem sugerir ou aconselhar, atos que se encontram no campo do discurso médico enquanto aproximação do discurso do mestre, que receita, ordena algo ao sujeito, pois é a ordem médica que detém o saber do que é melhor ou não para ele.

A partir desta revelação, estabeleceu-se a transferência, e J. passou a dizer mais de seu câncer e de seu medo de morrer. Dizia que era muito jovem, e que ainda tinha muito o que viver. Não estava pronto para deixar sua vida agora, ainda havia bastantes coisas a se fazer. Começa então questionar seu valor: as pessoas iriam sentir sua falta? Como reagiriam sua família, seus amigos, seus alunos?

Como criar um sentido frente ao que não tem sentido? O que aconteceria após sua morte? Ele apenas desapareceria no mundo? Partindo destas indagações, em uma manhã J. me relata que teve uma ideia que iria lhe ajudar a passar o tempo de internação: ele escreveria um livro sobre sua própria vida, para que as pessoas pudessem saber de sua história e de sua luta contra o câncer. Na verdade, com a escrita do livro, J. estava iniciando um processo de saída da posição de luta (contra a morte) e entrando em um contexto de luto (de sua própria finitude). O livro entraria como tentativa, como solução para tentar subjetivar e significar o encontro com a morte.

Antes de discutir esta solução, examinaremos um importante tema para a clínica psicanalítica, o narcisismo. Desviaríamos do nosso fio vermelho ao aprofundarmos nesse tópico, em que há uma ampla produção já desenvolvida. Desse modo, realizaremos uma sucinta exposição sobre ele.

O narcisismo foi um conceito utilizado por Freud para explicar a constituição do eu, indo contra o pensamento vigente na época que o atribuía somente ao campo da perversão. Foi observado por Freud que o narcisismo faz parte do desenvolvimento regular da libido,

¹⁰ Podemos pensar que durante o período de desenvolvimento e escrita desta dissertação, a Covid-19 tenha tomado o lugar do câncer como a principal representação da morte para todos.

possuindo distintas manifestações, ou seja, ocorre também com neuróticos, e não apenas com os sujeitos que eram considerados perversos (Freud, 2010d/1914). É um referencial metapsicológico que envolve a imagem, a identificação e o investimento libidinal.

O autor desenvolve então a ideia de um narcisismo primário, fundante do eu, em que a libido está investida no próprio corpo do sujeito. Esse processo ocorre antes da criança escolher outros objetos de investimento, ou seja, essa libido posteriormente será redistribuída para outros objetos de amor. No entanto, algo desse narcisismo primário irá permanecer, relacionando-se com os futuros objetos de investimento do sujeito. O narcisismo secundário, por sua vez, ocorre quando a libido que estava investida em um objeto retorna ao eu, como no caso do luto, por exemplo (Freud, 2010d/1914).

Quanto mais a libido se dirige aos objetos externos, menos ela está investida no eu. Freud usa como exemplo a situação dos amantes: quando se ama, grande parte da libido é direcionada na pessoa amada, e, conseqüentemente, menos está investida em si. Um fato diferente ocorre quando se está doente: quando se sofre de uma doença orgânica, é sabido que se perde o interesse no mundo externo, até mesmo nos objetos amorosos. A energia fica toda focada em “sofrer”. Assim, pode-se dizer que o enfermo reinveste a libido no seu eu, em seu corpo, voltando-a para os objetos externos após se curar (Freud, 2010d/1914).

É nesse contexto que J. se encontra, passando noites em claro, pensando em si mesmo, em sua condição de ser transitório. Considerando este narcisismo presente em sua situação de doença, passamos a outro aspecto de seu caso: ele utilizou-se da escrita como solução narcísica para lidar com a chegada da morte que considerava próxima devido a seu diagnóstico de doença terminal.

J. encontrou na escrita um caminho para dizer de sua experiência inconsciente. Uma tentativa de bordejar o real com o simbólico, com palavras, mesmo que este real não cesse de não se escrever. A escrita presentifica, eterniza o que se perde na dimensão da fala. Com J., a escrita presentificaria seu encontro com a morte, recapitulando sua história.

Percebemos como a partir da escrita, J. concebeu uma resposta narcísica para sua mortalidade. Ao escrever um livro sobre sua própria vida, ele poderia denegar o real de sua morte e viver eternamente na forma de um livro. Como exposto, ele se questionava frequentemente em como as pessoas reagiriam a sua ausência.

Lacan (1997/1959-60) insere o narcisismo na relação do homem com a segunda morte, isto é, a morte simbólica, que será melhor discutida na seção seguinte. Desse modo, há a tentativa de articular a imagem do corpo ao significante do desejo. Assim, com esta produção literária, ele assegura um lugar simbólico no mundo após sua morte. A saída de J. é um exemplo

que ilustra como não conseguimos subjetivar nossa mortalidade, em outras palavras, de que a morte não se inscreve no inconsciente.

Após as semanas de atendimento, o quadro clínico de J. melhorou consideravelmente e ele teve alta hospitalar. Nos despedimos no dia de sua alta. Após aproximadamente dez meses, J. é internado novamente. Desta vez, seu estado era muito grave, os sintomas haviam piorado muito. As metástases cerebrais estavam afetando várias funções importantes de seu corpo, inclusive a fala e a motricidade. Neste período de internação, o encontrei poucas vezes, pois ele não conseguia se comunicar muito, estava sempre prostrado. Mesmo assim, relata-me que começou a escrever o livro. Já tinha os capítulos delineados e algumas páginas escritas. J. teve uma piora súbita em uma noite e acabou falecendo durante a madrugada, sem terminar a transposição de sua história em palavras. Ainda que não tenha finalizado efetivamente o livro, percebemos como a urgência causada pela iminência de sua morte possibilitou, em termos lógicos, que houvesse um momento de concluir, produzindo um importante efeito em J.

1.3 A MORTE QUE TRAZ A VIDA

Este subtópico se propõe a tratar de uma contribuição de Lacan ao estudo da morte em psicanálise: o exame da peça *Antígona* (Sófocles, 1998a/401 a.C.). Esta análise é feita no *Seminário 7, A Ética da Psicanálise* (1997/1959-60), momento marcante na obra lacaniana. É um seminário que Lacan constrói ao redor da ética da psicanálise e sua relação com o desejo, contrapondo-a com a ética aristotélica, kantiana e sadiana. Nesse processo, aborda também conceitos importantes como *das Ding*, a sublimação, o princípio do prazer, o princípio da realidade e a pulsão de morte. Contudo, nos ateremos aqui às formulações lacanianas para interpelar a morte, o que nos remete principalmente às considerações sobre a tragédia sofocliana.

Como veremos, Lacan articula a história de *Antígona* (1998a) com o que havia delineado na época sobre a ética da Psicanálise, sobre como *Antígona* foi até às últimas consequências para sustentar seu desejo. Para o autor, ela esteve entre-duas-mortes, uma real e outra simbólica. Utilizaremos também a referência das duas mortes feita por Lacan em *Subversão do sujeito e dialética do desejo* (1998d/1960) e *Kant com Sade* (1998e/1962).

Assim, para a construção do argumento, iremos primeiramente tratar das considerações lacanianas sobre a tragédia, para então descrever sucintamente a peça de Sófocles. A partir disso, discutiremos as reflexões do autor sobre *Antígona* e suas implicações no estudo da psicanálise sobre o estatuto da morte.

1.3.1 Antígona entre-duas-mortes

Ao evocar Antígona em seu sétimo seminário, Lacan declara que a tragédia ocupa lugar de destaque na experiência dos analistas. Indo além desta citação, podemos pensar também em Freud, que colocou uma outra tragédia de Sófocles no cerne das relações humanas com o complexo de Édipo. Assim, percebe-se como as tragédias perpassam a história da psicanálise desde seus primórdios.

Szondi (2004) aproxima a essência do trágico ao voo de Ícaro. Ícaro e seu pai Dédalo construíram asas artificiais tendo como materiais mel de abelha e penas de pássaros variados para que ele pudesse fugir do labirinto do minotauro. Seu pai, contudo, o adverte para não voar perto do sol ou do mar, pois a estrutura das asas não aguentaria. Ícaro ignorou os conselhos do pai e quis aproximar-se do sol, caindo no mar e morrendo afogado. A partir dessa metáfora, para Szondi, quanto mais se aproxima da essência do trágico, menos é possível observá-la. Deste modo, quando se está voando na altura necessária para poder visualizar a sua estrutura, perdemos a força e caímos. Isso mostra como a filosofia do trágico não consegue apreendê-lo, pois o trágico não existe como essência.

Tragédia e catarse são termos que estão fortemente relacionados. Lacan discorre que a tragédia tem por meta a catarse, a purgação das paixões, do temor e da piedade. Ele aponta seu caráter duplo, que visa a descarga, ou seja, o retorno ao normal, mas também a purificação ritual, a um apaziguamento. Para isso, recorre à Aristóteles, que associava a tragédia e catarse de maneira intrínseca, em um sentido de purgação, de purificação. Szondi (2004) nesse sentido coloca a tragédia como disposição para o ato da catarse, metafisicamente entendida como uma faculdade.

Outro ponto importante da tragédia é a ação (Lacan, 1997/1959-60). Antígona vai até às últimas consequências para sustentar seu ato, aqui o de enterrar seu irmão. E faz isso consciente de tudo o que lhe pode acontecer. A ruína e a destruição também são aspectos importantes que constituem uma tragédia. Não necessariamente elas têm de ser consumadas, sua iminência em si já pode trazer um efeito trágico (Szondi, 2004).

A tragédia Antígona é trazida por Lacan em seu seminário sobre a ética porque ambas – ética e tragédia – possuem um ponto de junção. “A ética da análise não é uma especulação que incide sobre a ordenação, a arrumação, do que chamo de serviço dos bens. Ela implica, propriamente falando, a dimensão que se expressa no que se chama de experiência trágica da vida” (Lacan, 1997/1959-60, p. 366).

Antígona (1998a/441 a.C.) é a peça que encerra a chamada *Trilogia Tebana* escrita por Sófocles, composta por *Édipo Rei* (1998a/430 a.C.) e *Édipo em Colono* (1998b/401 a.C.). A história se dá no contexto do fim da guerra entre dois filhos de Édipo, Etéocles e Polínicos, que travaram um conflito entre si pela conquista do trono de Tebas. Após a morte de Édipo, os dois irmãos realizaram um acordo que a cada ano um deles governaria Tebas. Contudo, após o primeiro ano, Etéocles se recusou a ceder seu lugar a Polínicos. Este então se alia à cidade de Argos, considerada inimiga tebana e inicia uma batalha com Etéocles pelo trono. Nesta guerra, os dois irmãos morrem, um pelas mãos do outro. Assim se cumpre uma maldição lançada por Édipo, na peça anterior, *Édipo em Colono*, em que, decepcionado pela briga de seus filhos pelo poder, profetiza que um vai acabar assassinando o outro. É nesta peça também que Polínicos pede a Antígona que, caso ele morresse, ela lhe providenciasse um enterro digno (Sófocles, 1998b).

Creonte, irmão de Jocasta – que foi mãe e esposa de Édipo – e, portanto, tio de Etéocles e Polínicos, assume o reino de Tebas e estabelece imediatamente um decreto que impede que alguém enterre Polínicos ou sequer chore sua morte. Seu corpo deveria ser deixado no mesmo lugar, para que os animais selvagens o devorassem – o mesmo destino dado a Édipo quando ele nasceu. A punição para tal ato seria morte por apedrejamento em público. Etéocles, por sua vez, é homenageado da forma dita pelos deuses para que fosse bem recebido no paraíso. Negar um enterro digno a um morto é um ato considerado transgressor, pois o morto não teria a reverência da legião de mortos ao chegar no pós-morte, sendo, assim, algo que vai contra às normas divinas.

É na manhã seguinte ao fim da guerra que se dá o ponto de partida da peça. Antígona e Ismene, também filhas de Édipo com Jocasta, lamentam a morte dos irmãos. Antígona, em um ímpeto de determinação, decide ir contra o decreto de seu tio Creonte e enterrar seu irmão com as cerimônias que ele merece, disposta a enfrentar a punição necessária caso fosse pega. Para ela, não enterrar Polínicos seria “morrer envergonhada”. Ismene se opõe à irmã, dizendo que ela não deve desafiar as leis dos Homens, mas tampouco a entrega às autoridades tebanas.

E assim Antígona age. Em um momento de descuido dos guardas que vigiavam o corpo de Polínicos, ela vai até ele e joga um pouco de terra sobre o irmão. Os guardas descobrem o ato e o denunciam a Creonte, que fica furioso por alguém ter desobedecido sua ordem. Eles então tiram a terra de Polínicos e continuam a vigiar seu corpo. Antígona percebe que a terra foi retirada e volta a tentar enterrar o irmão, gritando e proferindo maldições, mas dessa vez é capturada e levada até Creonte. Seu filho Hêmon, que era noivo de Antígona, tenta convencer

o pai a não julgar a amada, porém os dois acabam tendo uma discussão séria e a sentença é mantida.

Creonte a condena a ficar presa em uma caverna com uma pedra que tapa sua entrada, e ali permanecer com uma certa quantidade de comida até que morra. Assim, Antígona é condenada a duas mortes: estar isolada do mundo ao seu redor, e à morte propriamente dita, pois em algum momento a comida iria acabar e ela faleceria. Antígona, deste modo, sem se arrepender de seu ato, se enforca com seu véu de linho. Pela terceira geração na família, um triste destino é acometido. Primeiramente por Laio e Jocasta, depois por Édipo e, finalmente, pela morte trágica de três de seus filhos.

Tirésias, o oráculo do reino, consegue fazer com que Creonte desistisse de sua ordem, ao argumentar que ele estava indo contra às leis divinas, que a cidade de Tebas estava enferma e que ele perderia os homens e mulheres de sua casa como consequência desse ato. Uma equipe vai, portanto, à caverna libertar Antígona. Contudo, chegam tarde demais: Hêmon se depara com a noiva morta. A partir da cena ele se revolta contra o pai, cospe em sua face e tenta atacá-lo. Hêmon então se mata com sua espada, e por perder o filho, sua mãe Eurídice tira sua vida com uma facada no fígado. Creonte, ao perceber que a profecia de Tirésias se concretizou, encerra a peça com a seguinte fala: “Ai! Ai de mim! O autor dessas desgraças sou eu e nunca as atribuirão a qualquer outro entre os mortais, pois eu, só eu as cometi, pobre de mim! Fui eu, e falo apenas a verdade! Levai-me imediatamente, escravos, para bem longe, pois não sou mais nada (Sófocles, 1998a, pp. 1458-1464).

Antígona é uma peça que foi amplamente estudada por diversos autores. Lacan cita Hegel, que a utiliza para explicitar a oposição do discurso da família – representado por Antígona – com o discurso do Estado – caracterizado por Creonte. Para Hegel, Antígona trata de um conflito de discursos que vão sempre em direção de uma conciliação. Lacan comenta a posição hegeliana perguntando-se qual seria a conciliação possível no final da peça, além de apontar que a dita conciliação teria sempre um caráter subjetivo (Lacan, 1997/1959-60).

A leitura lacaniana da análise de Goethe sobre Antígona mostra que este concorda com Hegel, contrapondo Creonte e Antígona como dois princípios do discurso. Ele aponta, ainda, como Creonte ultrapassa seu limite motivado por seu desejo de atingir Polinices além do que lhe é permitido – seu papel enquanto rei. Ele quer condenar o sobrinho a uma segunda morte, uma recepção sem honras no mundo dos mortos, algo que não está dentro de suas atribuições. A fala do sábio Tirésias evidencia esta intenção de Creonte: “Não firas um cadáver! Matar de novo um morto é prova de coragem?” (Sófocles, 1998a, pp. 1142-1143).

Em sua análise, Lacan dá destaque, contudo, à figura de Antígona, a sua beleza, com seu “brilho insuportável”. A força com que segue seu desejo tem um efeito paradoxal: ao mesmo tempo que nos fascina, esse brilho também nos intimida, nos estonteia. Lacan a chama de “vítima tão terrivelmente voluntária” (Lacan, 1997/1959-60. p.294).

Outro aspecto desse fascínio é o lugar que ela ocupa entre dois campos, ou como abordaremos, entre-duas-mortes. O conflito presente na peça não diz somente da defesa do direito dos mortos e de sua família. Para Lacan, Antígona é movida por uma paixão, ela visa uma outra coisa. É desse ponto, de seu desejo inabalável, que a perspectiva psicanalítica sobre a peça é constituída.

Os dois protagonistas aparentemente desconhecem, cada um à sua maneira, o temor e a piedade. Contudo, Lacan sustenta que a única que realmente desconhece o temor e a piedade até o fim da história é Antígona, e é por isso que ela se destaca como heroína da peça, a que põe em primeiro plano a via dos deuses. Creonte, no final da peça, ao decidir suspender a condenação de Antígona e também ao ver que seu filho e sua esposa estão mortos, mostra-se “piedoso”. Vale ressaltar que, apesar de colocar no primeiro plano a via dos deuses, Szondi (2004) aponta o caráter ético individual do ato na tragédia. As fatalidades que acontecem aos personagens não acontecem por maldição divina, e sim como consequência de suas próprias ações.

Creonte é um personagem que na peça é a encarnação do bem. Ele busca esse bem a todo custo. Isso se dá porque é ele quem assume o trono tebano após as mortes de Polinices e Etéocles. Então, como chefe de uma comunidade, deve sempre buscar o bem desta. Lacan utiliza-se de um termo aristotélico, *hamartia*, que quer dizer erro de julgamento, para apontar a falta cometida por Creonte. Seu erro de julgamento seria querer realizar o bem de todos, transgredindo sem notar os limites de sua própria lei (Lacan, 1959-60).

Lacan, em *Kant com Sade* (1998e/1962) retoma a metáfora kantiana da força que já havia sido abordada no *Seminário 7* (Lacan, 1997/1959-60). Esta metáfora kantiana descreve que um indivíduo abriria mão de seu desejo por alguém amado caso a consequência de estar com essa pessoa fosse a força, ou seja, a morte. Ao se referir a ela, diz que a força não é a Lei, como Antígona já havia demonstrado. Para Baas (1992), se a força não é a Lei, ela é a lei, no sentido que Lacan entende que a lei e o desejo recalcado são equivalentes. A lei estaria articulada ao supereu, enquanto a Lei é articulada à Coisa, a *das Ding*, a falta originária, que constitui o sujeito dividido. *Das Ding* está no centro da estrutura, contudo, não consegue ser abordado por ela. A Lei é a que interdita a Coisa de se tornar objeto de desejo, é um operador estrutural da divisão do sujeito do significante em relação à castração.

Antígona é confrontada a essa lei, a lei de Creonte, com uma punição similar à força: na peça, a punição era ser apedrejada. Uma lei que a condenaria ao pecado, o que Baas aproxima da lei do supereu. Contudo, Antígona segue para a Lei com maiúscula, referida a *das Ding*, ela não cede de seu desejo, mesmo sabendo que a “força” é seu destino. É o desejo sem objeto, o desejo fora-do-mundo (Baas, 1992).

Lacan aponta a partir dos comentários de Karl Reinhardt a solidão de todos os heróis sofoclianos, o que é denominado pelo autor como a posição “na-finda-linha”. Essa posição vai além de uma solidão, é muito mais que isso: diz de uma zona limite entre a vida e a morte.

O termo central da peça para Lacan é *Até*, que se refere ao limite que a vida transgride por pouco tempo, um ato imprudente e inexplicável. Esse limite, apesar de poder ser transposto por uma quantidade curta de tempo, é onde Antígona almeja chegar, pois ela não consegue mais viver sob as leis de seu tio.

A vida agora, sem poder se despedir propriamente de seu irmão, lhe parece insuportável. Seu desejo tem como objetivo ultrapassar a *Até*. Cabe apontar que o termo também pode ter um sentido de desgraça, mas não necessariamente passa por ela. Contudo, não podemos ignorar que o destino de Antígona passa por um final carregado de desastre.

É dessa zona pouco atravessada que Antígona também extrai seu brilho e exerce grande fascínio. Essa zona também tem um efeito singular nas tragédias. Lacan se refere a ela dizendo: “o destino de uma vida que vai confundir-se com a morte certa, morte vivida de maneira antecipada, morte invadindo o domínio da vida, vida invadindo o domínio da morte” (Lacan, 1997/1959-60, p. 295). A vida para Antígona só pode ser vivida tendo como referência esse limite, que no final da peça já foi ultrapassado.

Ela, mesmo já tendo atravessado esse limite, pode ver a vida pela perspectiva do que já se perdeu. Na travessia dessa zona, o desejo ao mesmo tempo e de maneira única se reflete e se retrai, o que é entendido como a caracterização do belo no desejo. Deste modo, nesse limite da segunda morte, nessa zona opaca é onde o fenômeno do belo se reflete.

Em Antígona, a zona entre-duas-mortes remete ao trágico¹¹, pois foi onde ela encontrou por fim seu destino, arcando com as consequências de sustentar seu desejo. Essa zona é onde os *semblants* não se sustentam. Ali não há relações com aparências, o desejo se mostra mais forte, é onde, atravessando as reflexões do belo, a particularidade se encontra.

¹¹ Cabe precisar que o trágico se distingue da tragédia. A tragédia é o evento catastrófico e desastroso. O trágico se refere à contingência, à divisão.

A partir do momento em que a cruzada da zona entre a vida e a morte se inicia, quando seu destino começa a se concretizar, Antígona começa a lamentar. No decorrer da peça, ela esclarece ao público que sua alma já está morta há muito, e que sua função nesta vida seria vir para ajudar os mortos. Sua queixa aparece quando é riscada derradeiramente do mundo dos vivos, mas ainda sem pertencer ao mundo dos mortos (Lacan, 1997/1959-60).

Nessa lamentação, ela evoca novamente a maldição sobre sua família, que vem desde seu avô Laio, e que passou por Édipo, Jocasta e seus dois irmãos. Compadece-se por não ter tido a experiência de casar-se, e de ser mãe, bem como não ter ninguém ali para chorar por ela (Sófocles, 1998a). Isso mostra como ela se sente ex-sistente ao mundo simbólico, sozinha em um ponto em que não pertence a nenhum mundo.

O termo segunda morte é extraído por Lacan da obra de Sade, a partir de sua teoria do crime. Sade diz que quando se mata alguém, é retirada da pessoa apenas sua primeira morte, a morte biológica. Restaria ainda a realização de um segundo assassinato, a morte das moléculas, para obter a segunda morte.

A segunda morte diz de um aniquilamento do ser. Curioso pensar que o próprio Sade pediu por testamento que seu nome fosse apagado de seu túmulo. Percebemos como, na verdade, a segunda morte não é a morte das moléculas, e sim uma morte simbólica, referenciada aos significantes. Foi nessa dimensão que Sade não quis mais existir ao pedir a eliminação de seu nome (Miller, 2004). Lacan se apropria deste termo sadiano e coloca a segunda morte no plano significante, em que o sujeito barrado deve se confrontar com sua própria castração e dizer o que ele é, mas também o que ele não é.

A história humana revela como nunca se parou de buscar essa segunda morte, o sofrimento para além da morte propriamente dita, que é sustentado pela impossibilidade de ultrapassar o limite da segunda morte. Um exemplo, além da condenação eterna que Creonte queria submeter Polinices, é a peça de Hamlet, em que Hamlet evita antes de matar Claudius, pois ele não quer matá-lo, quer atingi-lo duplamente, enviando-o também para o inferno.

Em Antígona, a segunda morte aparece em dois momentos distintos: o primeiro ocorre quando Antígona busca enterrar seu irmão, garantindo com esse ato transgressor um lugar para ele no mundo simbólico, nas memórias de sua família. A segunda perspectiva, como discutido, é a posição na-finda-linha que se instaura no encerramento da peça. É a morte física, ou seja, a primeira morte que possibilita o advento do objeto da segunda morte (Lacan, 1998e/1962).

Em um momento da peça, ao conversar com sua irmã Ismene, Antígona discorre sobre o alto preço que ela terá que pagar caso desistisse de enterrar seu irmão. Ela está diante de dois caminhos com consequências trágicas: ao não enterrar Polinices, o condena à segunda morte, à

morte simbólica, matando seu nome, bem como a morte de seu desejo e de si mesma enquanto sujeito. Por outro lado, se enterrar o irmão, dando-lhe as devidas honras, arcará como consequência com sua própria morte. Ela opta então pelo segundo caminho, garantindo um lugar simbólico para que seu irmão continue vivendo pela via dos significantes, indo além de sua morte física.

Nessa acepção, Lacan extrai de Antígona a força de seu desejo para delinear a ética da psicanálise. Seu ato mostra uma particularidade extrema, insere o desejo em uma zona que não tem uma referência direta ou ancoragem no Outro, pois ele está entre-duas-mortes. Podemos entender Antígona como o limite entre o significante e a coisa, *das Ding*. Aí se situa a importância da peça para o delineamento da ética psicanalítica.

A ética da psicanálise vai, desse modo, contra os ideais estabelecidos, ela segue a particularidade de cada um inserido na linguagem. Para delimitar do que se trata a ética psicanalítica, Lacan a contrapõe com a obra de outros pensadores, como Aristóteles, Kant e Sade. A ética aristotélica diz de um Bem Universal, que possui uma função política e pode ser tida como sinônimo de moral. A ética é uma virtude, o homem deve agir virtuosamente, tendo em vista o Bem. Nesta acepção, a dimensão do desejo não é considerada, situando-o fora do campo da moral.

A partir da ética aristotélica, destacamos um ponto da ética da psicanálise. Ela não visa esse Bem, essa felicidade universal. Não prometemos felicidade a nossos pacientes. Este ensinamento lacaniano é de grande importância ao lidar com a clínica da terminalidade: como prometer felicidade, a ausência de dores ou de ansiedade a alguém que está lidando de maneira direta com sua própria mortalidade?

Lacan também confronta Kant e Sade para extrair daí aspectos da ética psicanalítica. A ética kantiana vê a razão enquanto pura, ela não faz referência aos objetos presentes no mundo. Ela diz dos imperativos categóricos, abordados por Lacan como: “Faz de tal modo que a máxima de tua ação possa ser tomada como uma máxima universal” (Lacan, 1997/1959-60, p. 96). A ética sadiana, por sua vez, diz de outra máxima moral: “Tomemos como máxima universal de nossa ação o direito de gozar de outrem, quem quer seja, como instrumento de nosso prazer” (Lacan, 1997/1959-60, p. 100). Sade, assim, defende um retorno à lei da natureza, a uma sociedade natural, em que existiria um gozo absoluto de seus membros.

Tanto Kant quanto Sade tratam a sua maneira de uma lei universal, Kant, com o “tu deves” e Sade com “Goza!”. O acesso a estas leis universais, se elas fossem possíveis, levaria

o homem em contato direto com *das Ding*, ao “Bem supremo” do sujeito, acarretando na morte de seu desejo¹².

A ética da psicanálise traça um caminho distinto, é uma ética sem prescrições, sem obrigações por parte do sujeito. Não buscamos um manual técnico de como agir com o paciente, nem submetê-lo por meio de sugestões ou outros métodos a um bem universal, categorizado ou moral. A experiência analítica não se trata de colocar as questões trazidas pelo paciente em uma balança entre o bem e o mal. O “bem” de Antígona por exemplo é um mal que se tornou bem somente para ela, há uma grande dissimetria entre o que ela deseja e o bem universal, representado na peça pelo decreto de seu tio Creonte.

Por procedermos de forma ética e não técnica, utilizamos da associação livre, em uma articulação da cadeia significante. Este ensinamento deixado por Freud nos orienta em direção à falta-a-ser do ser falante, colocando em evidência sua idiosincrasia, suas peculiaridades e confrontando-o com as formas de viver no mundo e sua relação com o gozo.

Para Miller (2004), a relação entre a ética da psicanálise e a morte é bastante intrínseca. O autor defende que a ética articulada por Lacan é uma explicação da função da morte na vida do sujeito. Essa função da morte diz da segunda morte, da morte significativa, não da morte física. A ética da psicanálise aborda, portanto, como um corpo vivo se relaciona com sua própria morte.

A ética da psicanálise, desse modo, não tem como objetivo um bem comum, universal. Ela não envolve princípios gerais, e sim a particularidade de cada sujeito e de seu desejo, que não é nunca satisfeito e desliza em uma metonímia infinita. Ao concluir o seminário, Lacan profere uma frase que busca condensar estes ensinamentos: “Agiste conforme seu desejo?” (Lacan, 1997/1959-60, p. 364). A figura de Antígona é emblemática pois ela leva até o limite a noção de desejo puro, o que na peça seria o desejo de morte encarnado por ela. Antígona se torna para a psicanálise a presentificação da individualidade absoluta.

Contudo, destacamos que o desejo é abordado com um caráter destrutivo, O desejo nesse momento do percurso lacaniano é trabalhado com sua articulação ao simbólico, à metonímia e à demanda do Outro, tendo seu surgimento junto da Lei. Esta Lei é a que impede o acesso à *das Ding*, interditando o gozo absoluto. Na peça, Antígona é fruto de uma relação incestuosa,

¹² A discussão em relação à ética da psicanálise e seu diálogo com as éticas aristotélica, kantiana e sadiana encontram no *Seminário 7* (Lacan, 1997/1959-60) complexos desdobramentos e discussões. Indicamos aqui estas interlocuções de maneira sucinta pois o objetivo desta dissertação ao abordar as contribuições lacanianas neste seminário é atentar-se no que o autor avança em relação ao estudo da morte, tratando mais especificamente ao fenômeno do entre-duas-mortes.

marcada por transgressões. Seus dois irmãos morreram antes e não arcaram completamente com as consequências dessa relação. Coube a ela, portanto, pagar o preço.

O desejo não é totalmente regido pelo prazer, como se pudesse ser totalmente satisfeito, há também uma quota de gozo envolvida. É na zona entre-duas-mortes que Lacan situa nesse momento de sua obra a função do desejo. O limiar do entre-duas-mortes é, portanto, um lugar não somente de infortúnio, mas também onde o olhar se converte em beleza (Lacan, 2003a/1965).

A função do belo entra como uma barreira ao acesso irrestrito desse desejo. Como a verdade não é muito bonita de se ver, isto é, pode ser insuportável para o sujeito, o belo vem então ser uma cobertura. É como se fosse uma barreira que interdita a entrada a um grande horror (Lacan, 1998e/1962).

Assim, o efeito da beleza tem um efeito de cegamento. Isso quer dizer que, além da capa da beleza, há algo que não pode ser devidamente visualizado. Na peça, a imagem de Antígona que “literalmente, faz o Coro perder a cabeça” (Lacan, 1997/1959-60, p. 331), é a função do belo que funciona como um véu para seu desejo irremediável.

Nessa mesma via, o belo também desvela a relação do homem com sua própria morte, encontrando-se na transição da vida à morte e indicando aí a conjunção do desejo com a morte. Lacan explicita essa relação ao dizer claramente “a função do desejo deve permanecer numa relação fundamental com a morte” (Lacan, 1997/1959-60, p. 356).

Na dimensão trágica, a relação da ação com o desejo vai na direção do triunfo da morte, do ser-para-a-morte. Em Antígona, isto aparece na determinação da protagonista em enterrar seu irmão mesmo sabendo das consequências para este ato. Para reforçar a existência do vínculo desejo-morte, Lacan (1997/1959-60) cita ainda o destino de Édipo, que a partir do seu desejo de saber suas origens acabou descobrindo que matara seu pai e casara com sua mãe, furando seus olhos para isolar-se do mundo, e declarando que seria melhor não ter nascido.

Em *Subversão do sujeito e dialética do desejo*, Lacan questiona: "Trata-se de saber qual morte, a que a vida traz, ou a que traz a vida (Lacan, 1998d/1960, p. 825). A primeira morte, a morte que a vida traz é, portanto, a morte biológica, real que todos estamos submetidos e que não conseguiremos escapar. A segunda, a morte que traz a vida, se refere à segunda morte que Antígona foi condenada: a de ser expulsa da linguagem e do laço social. É a morte que mata a coisa e lhe dá consistência simbólica.

Constatamos: a segunda morte se refere à morte simbólica. Pensamos a morte significativa como uma morte que vai além da primeira morte, a morte física, corporal. Lacan também chama a segunda morte de “a verdadeira morte”, pois ela está ligada à verdade (Miller,

2004). É uma morte significativa pois ocorre quando o sujeito é eliminado de sua cadeia, como Antígona, riscada do mundo dos vivos ao ser condenada a morrer em uma tumba selada.

É na zona entre-duas-mortes que podemos pensar a pulsão de morte, conceito apresentado por Freud pela primeira vez em 1920, em *Além do princípio do prazer*¹³ (Freud, 2011a/1920). Nesta obra, ele introduz um novo paradigma das pulsões. As pulsões sexuais e de autoconservação, até então as duas categorias pulsionais existentes, se unem em uma nova classificação – as pulsões de vida. Partindo de sua experiência clínica, em que a compulsão à repetição aparecia com frequência sendo mais forte que o princípio do prazer, Freud constata a presença da pulsão de morte, contrapondo-a à pulsão de vida.

Assim, a dualidade pulsional que antes se tratava das pulsões sexuais e pulsões de autoconservação, agora se refere ao conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte. A apresentação da pulsão de morte causou muita controvérsia no meio psicanalítico pelo fato de sua manifestação ser “silenciosa”, não sendo totalmente dedutível e demonstrável através da clínica. Para Freud, uma tentativa de suicídio ou um ato como escarificar o corpo não necessariamente são manifestações diretas da pulsão de morte. No hospital, ela pode aparecer como um “desligamento” do sujeito para o mundo que o cerca, ficando apático, negando procedimentos clínicos e de higiene.

Enquanto a pulsão de vida visa a manutenção da vida, a unidade do organismo e sua coesão, a pulsão de morte busca a diminuição da excitação e faz com que o organismo volte ao estado inorgânico, ao inanimado. A figura que representa a pulsão de vida é Eros, deus grego do amor. Para a pulsão de morte, Tânatos é seu representante, deus grego que personifica a morte.

Essa tendência desagregadora da pulsão de morte pode se dirigir ao próprio eu ou ao mundo exterior. Quando se dirige ao eu, pode fazer com que surja uma neurose grave ou que ela se alie ao supereu e cause um grande sentimento de culpa, fazendo com que o indivíduo se sinta merecedor por sofrer, por exemplo. Mas é possível que ela também encontre uma descarga junto à pulsão de vida, unindo-se a ela (Freud, 2011b/1923).

Quando a pulsão de morte é dirigida ao mundo externo, apresenta um caráter de destruição e de violência. É como se, para preservar sua vida, o indivíduo tivesse que matar uma outra (Freud, 2011b/1923). Em *Por que a guerra?* (Freud, 2010f/1933), uma conversa realizada através de cartas com Albert Einstein, Freud recorre à pulsão de morte para explicar

¹³ Apesar disso, é possível perceber menções e suspeitas de sua existência em produções anteriores, como o *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1990/1895) e *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (Freud, 1999/1909).

o motivo das guerras existirem. Nesse contexto, a pulsão de morte seria o que induziria as pessoas à guerra, a se matarem, pois a situação envolveria também o desejo de agressão e de destruição. Nessa carta, Freud também destaca como as duas pulsões andam sempre unidas, uma nunca está totalmente isolada da outra, evidenciando a constante dualidade pulsional em sua obra.

Lacan, ao contrário de Freud, não aborda a pulsão de morte nesta dimensão voltada para o biológico, como o retorno ao estado inorgânico e ao rebaixamento das tensões. Para ele, a pulsão de morte se refere à dimensão histórica do sujeito, ou seja, a sua cadeia significativa. A repetição constante da pulsão de morte é entendida como repetição significativa. Ela representa a parte da morte no vivo, que é sexuado (Lacan, 1985c/1964).

Na perspectiva lacaniana, as pulsões são sempre parciais, existindo somente uma pulsão, a pulsão de morte. Isto se dá porque a pulsão de morte “comporta” dentro de si as demais pulsões isto é, as pulsões de vida – a pulsão sexual e a de autoconservação. Ela traz consigo uma síntese do conceito psicanalítico de pulsão. Nessa acepção, toda pulsão apresenta uma afinidade com a zona da morte (Lacan, 1985c/1964).

Tencionamos não abordar a pulsão de morte na clínica da terminalidade em seu caráter de destruição. Pelo contrário, ela diz de uma dimensão de construção, de inovação, de novas soluções. Lacan parte de Sade, nas teorias do personagem Papa VI, para caracterizar a pulsão de morte como uma “sublimação criacionista” (Lacan, 1997/1959-60, p. 254). Para o Papa VI, o vício é de grande importância pois é a partir dele que a dimensão da virtude é criada. Assim, a ordem é um efeito de criação da desordem. A característica de destruição da pulsão de morte é evidenciada no sentido de que, para se criar algo, é preciso deixar de lado, destruir o que já existia.

Este é um importante aspecto que buscamos demonstrar nesta dissertação: como, ao estar nesta zona entre-duas-mortes, campo em que a pulsão de morte aparece, o sujeito pode (ou não) chegar ao momento de concluir sobre sua condição de finitude, encontrando uma saída singular para lidar com a chegada da morte. Em outras palavras, tratar da morte, da pulsão de morte, diz tanto de uma dimensão de criação e invenção quanto de destruição.

Pensamos com Lacan que a segunda morte pode trazer a vida, principalmente pela via do significativo, ainda que não exista um significativo que represente a morte, ou seja, ela não pode ser totalmente simbolizada por dizer do real. No *Seminário 7* (Lacan, 1997/1959-60), Lacan se questiona sobre a relação do homem com sua própria transitoriedade: “Como o homem, isto é, um vivente, pode aceder ao conhecimento deste instinto de morte, de sua própria

relação com a morte? Resposta – pela virtude do significante e sob a forma mais radical.” (Lacan, 1997/1959-60, p. 346).

Diante da exposição de Antígona e da relação intrínseca entre o desejo e a morte, nos perguntamos: a partir da iminência da morte advinda de um diagnóstico de doença terminal, o que pode ocorrer com o desejo? Como é estar entre-duas-mortes em um ambiente hospitalar? O belo é uma saída possível para encobrir esse real da morte tão avassalador? Apresentaremos em seguida dois casos que tratam destas duas questões.

1.3.2 L. na-finda-linha

A partir do exposto sobre Antígona e da discussão sobre as duas mortes, apresentaremos a seguir o caso clínico de L. Foi um caso atendido durante o período de um mês, compreendendo neste tempo os atendimentos com a família e posteriormente também com a paciente.

L. foi internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a uma parada respiratória. Foi nesse contexto que tive o primeiro contato com ela: intubada e sedada. Ela tinha 55 anos, com diagnóstico de câncer colorretal com metástases pulmonar, hepática e cerebral. Naquele momento, seus filhos, ambos na casa dos 20 anos, e seu esposo já esperavam por sua morte. Eu os atendia nos horários de visita, todas as tardes. Eles estavam esperando que L. “descansasse”, pois já havia anos que ela lutava contra o câncer.

Após duas semanas, para a surpresa da equipe de saúde e de sua família, sua condição clínica melhorou consideravelmente e ela foi extubada. A família se mostrou aliviada por poder passar mais um tempo com ela, mesmo sabendo que este tempo poderia ser curto. Além do seguimento dos atendimentos com a família, iniciaram também os atendimentos com ela.

Ela me conta de sua trajetória com o câncer: descobriu o câncer de cólon quatro anos antes, em 2014. Fez cirurgia para retirada do tumor, além de quinze sessões de quimioterapia. De acordo com a filha, ela realizou exames e não havia mais nada. Em 2015, quatro meses depois das sessões de quimioterapia, fez outros exames e descobriu metástases no pulmão. Nesse momento, o médico comunicou que não havia perspectiva de cura.

Passou então a fazer quimioterapia venosa. Contudo, os efeitos eram muito fortes: ficava enjoada, vomitava. Mesmo assim, seguiu o com tratamento. Após um tempo, a terapêutica passou a ser via oral. Ela começou a ficar resistente ao realizar os procedimentos clínicos porque continuava se sentindo mal. É comum pacientes oncológicos atribuírem maior valor negativo à quimioterapia do que a própria doença devido aos fortes efeitos colaterais que a quimioterapia

pode causar no corpo. Além dessa resistência ao tratamento, L. descobriu metástase no fígado nesse período.

Devido a estes fatores, em setembro de 2017 abandonou de vez o tratamento. Em janeiro de 2018 passou a sentir novos sintomas como falta de equilíbrio. Isso fez com que se descobrissem novas metástases no cerebelo. A partir daí passou a ficar internada com mais frequência.

Foi na última destas internações que ela teve uma parada cardiorrespiratória e foi alocada na UTI. Após ser extubada, L. estava ciente todo o tempo de sua condição clínica: ela sabia, a partir do discurso médico, que iria viver apenas alguns dias, e nos atendimentos relatava aceitar bem esta situação, dizia haver vivido bem o tempo que teve.

Contudo, assim como Antígona, L. passou a viver na zona entre duas mortes. De um lado, a primeira morte, a morte biológica: ela sabia da gravidade dos avanços do câncer em seu corpo. A equipe médica e a família haviam demonstrado a surpresa em vê-la sair da ventilação mecânica. A morte para ela já era algo “certo”. Do outro lado, a segunda morte, a morte simbólica, sua eliminação do mundo dos vivos. Na peça de Sófocles (1998a), Antígona foi condenada a estar em uma caverna selada com um pouco de comida até que morresse. Ela foi, com esse ato, isolada de estar em sociedade, sendo assim riscada do mundo simbólico. Pensando no caso de L., ela também estava condenada a uma segunda morte, estar hospitalizada em uma UTI pode gerar este mesmo efeito em uma pessoa.

Estar internado em uma UTI faz com que o sujeito se afaste de significantes que o podem representar. Ele perde suas roupas, pois tem que usar a roupa dada pelo hospital, visto que ela facilita o manuseio de seu corpo pela equipe de saúde. Não pode escolher o que come, pois a ordem médica vai lhe prescrever o melhor. Seu ciclo de sono é afetado, pois a UTI tem vigilância constante 24 horas do dia. O paciente é acordado para tomar remédios e para aferir indicadores de saúde. Há grandes intrusões ao seu corpo que já está passando por uma doença, como sondas, acessos, fístulas, constantes retiradas de sangue e aferição de dados vitais. Por fim, temos um importante aspecto: o contato com outras pessoas. Os horários de visitas são poucos, com duração definida e no máximo três pessoas por vez. Fora esse contato com os familiares, o laço com o Outro se resume aos atendimentos breves da equipe de saúde: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, além do próprio analista.

Deste modo, mesmo que próxima *fisicamente* de muitas pessoas, L. passou a estar isolada de seu mundo simbólico. Além disso, ela se encontra nesta condição tendo que lidar com a iminência de sua morte que viria em questão de dias. Nesse sentido, esteve como Antígona, em uma posição na-finda-linha, entre-duas-mortes.

No entanto, identificamos diferenças temporais em relação à Antígona e L. Tratando de termos relacionados ao tempo lógico, percebemos que Antígona passou rapidamente ao momento de concluir, sem deter-se para compreender a situação. A partir do decreto de Creonte, ela rapidamente decide por enterrar Polinices. O mesmo não ocorre com L. Ela, a partir dos encontros com o analista, fala sobre sua situação de estar hospitalizada e cada vez mais perto de se deparar com a morte. Nessa situação, “compreende”, elabora uma carta, e a endereça ao Outro. A morte veio forçando um momento de concluir, mas não se categoriza como o momento de concluir neste fragmento.

Em uma manhã, a paciente passou a negar procedimentos clínicos como aferição de pressão e atendimentos dos fisioterapeutas, bem como as visitas familiares. Com isso, a equipe de saúde, através do médico coordenador da UTI, que participava da Comissão de Cuidados Paliativos do hospital, solicitou atendimento psicológico de urgência.

É importante apontar nesta situação a posição que o analista se coloca diante da demanda médica. O médico solicita que eu verifique porque ela não quer receber visitas e que consiga restaurar a ordem anterior. Em outras palavras, o desejado é que a paciente não mexa com a ordem que o discurso médico precisa para operar. Ela deve aceitar todos os procedimentos e as visitas sem nenhuma resistência ou queixa. Como veremos, ao fim da intervenção, L. aceita que a família fique com ela não só o horário de visita, mas durante todo o dia. Cabe ressaltar que esta não é a função do analista, convencer ou sugerir o paciente de algo. Se o resultado terapêutico obtido foi consonante à demanda médica, isto é um efeito secundário, não o objetivo principal de nossa ação.

Vou ao encontro de L. Ela me recebe sem resistências, e diz que deseja escrever uma carta. Declara também sua vontade de que esta carta seja divulgada para toda a equipe da UTI. Eu providencio papel e caneta para que ela possa redigir seu texto. A paciente a princípio tentou escrever por conta própria, mas devido à fragilidade de sua condição clínica não conseguiu e me pediu que transcrevesse.

Apesar de padecer do universal, entendidos aqui como o trauma enquanto estrutura e a própria morte, o sujeito é singular, e a atuação do analista deve seguir esse princípio. Como abordado, o hospital é uma instituição que por sua constituição apaga a particularidade dos sujeitos. O analista em sua intervenção deve estar atento a estes aspectos. Assim, oferecemos e sustentamos um lugar para que cada sujeito possa definir e localizar seu trauma e seu desejo (Belaga, 2005).

Aí está a ética da psicanálise: não seguimos manuais técnicos, que ditam como nós ou nossos pacientes devem agir. Vamos contra estes ideais que prevalecem no discurso médico.

Seguimos uma outra ética, a ética de bem dizer o desejo. No hospital, se mostra como uma ética que recupera a subjetividade excluída pelo discursos do mestre. No caso de L., sua vontade era, a partir do código escrito, de enviar uma mensagem ao Outro. Mas como ela enxergava o Outro neste momento?

Na breve carta, a paciente discorre sobre sua solidão mesmo com as constantes visitas dos profissionais da equipe de saúde, como se sente isolada em meio a estas pessoas. Desde seu ponto de vista, a equipe não lhe dirige a palavra, tratando-a como se ela fosse um objeto, ao dizer: “É muito triste ficar num lugar que todo mundo te odeia. Mas não sei por que me odeiam. [...] Eu me sinto muito sozinha. Ninguém fala oi comigo mas também não falo oi para ninguém. [...] Poucas vezes fui feliz sozinha”. Ela se sente como um objeto dejetado aos olhos deste Outro: “Todos têm nojo. Já passei por muita coisa. Já sofri muito de madrugada”.

Expressa suas reações de raiva e agressividade, contudo acha um ponto de ancoragem em meio à solidão: “Tem a revolta. Mas eu gosto de algumas pessoas. Uma pessoa que gosto muito, esqueci o nome dela, mas ela já me deu remédio. A única que quis chegar perto de mim”.

Assim como em Antígona, estar em uma situação tão limítrofe faz com que apareça algo próprio, singular. Antígona foi até o fim com a convicção de enterrar seu irmão Polinices. Ao estar nesta zona, isto é, sabendo que irá se deparar com a morte em pouco tempo, L. toma a coragem de dizer com sinceridade, ainda que brevemente, sobre o que pensa de seu marido. Ela expõe suas opiniões sobre ele sem amarras ou expectativas: “Meu marido me fez maior raiva. Parece que vem cá de obrigação. Ele é bom, mas bonzinho não. Não me deixa faltar nada”.

Ao contrário da metáfora kantiana da força, em que um homem deixaria de estar com sua pessoa amada caso a consequência disto fosse ser enforcado (Lacan, 1997/1959-60; 1998e/1962), L. ao perceber a inevitabilidade de sua condição, leva sua vontade de dizer coisas que estavam há muito escondidas até o limite, expondo-as para sua família e à equipe multidisciplinar.

Ela finaliza o texto com “Saí triste, voltei triste.”, aludindo à como passou seus últimos dias, lidando com a iminência da morte e sentindo-se desamparada. É uma tentativa de descrever o que é estar nesta situação em que não há muito o que possa ser dito. A última palavra da carta é “etcétera”, mostrando como suas elaborações ainda não haviam se esgotado, ainda havia muito o que dizer.

Em sua mensagem, L. tenta elaborar uma justificativa sobre o porquê está passando por aquela situação de enfermidade e dor: “Não sou perfeita, não sou dondoca. Eu sou pobre, sabe? Meu marido é aposentado, eu sou aposentada. Deve ser que eu tô aqui por que eu tava ruim. [...] A minha cabeça não tá raspada de luxo. É consequência da rádio. Não é frescura”.

Em outras palavras, L. se dirige ao Outro perguntando-lhe: “*che vuoi?*” Que queres de mim? Por que estou passando por isso? Esses questionamentos dirigidos ao Outro caracterizam também a clínica da urgência, na qual o sujeito busca respostas, garantias para algo que não há uma segurança prévia. É importante não responder a essa demanda do sujeito, mas sustentá-la para que ele próprio possa elaborar seu próprio saber sobre sua condição (Moura, 2000).

Para Miller (2010a), o saber requer tempo. O tempo aqui não é entendido como um tempo contínuo, como duração. É um tempo modulado por escansões, que muitas vezes são inseridas a partir da intervenção do analista. A escansão é uma pausa, mas uma pausa que dá certo sentido, que modifica a questão inicial, que dá outro tom a este problema.

É uma possibilidade que ela tenha negado às visitas familiares também para testar, verificar seu valor diante de sua família. L. poderia ter se questionado se, após declarar que não queria sua presença, eles iam querer mesmo assim visitá-la. Ela busca desta forma encontrar seu lugar no campo simbólico do Outro, tenta evitar a todo custo a constatação da segunda morte.

Escrever uma carta à equipe foi idealizado pela própria paciente a partir do campo sustentado pelo analista, representando as respostas singulares que o sujeito cria para dar lugar a sua subjetividade, desejo, medos e fantasias no ambiente hospitalar em uma situação de iminência de morte.

Aqui a carta dirigida à equipe e a sua família aparece com um valor catártico. Como trabalhado, Lacan diz do caráter duplo da catarse: ela aparece como purificação ritual, mas também como uma descarga. A mensagem ao Outro ditada por L. surge como uma descarga de seus afetos, medos e questionamentos frente a uma situação traumática.

Como solicitado por L., sua carta foi divulgada à equipe multidisciplinar da UTI em que estava internada. As reações dos profissionais foram de surpresa. A prática nos hospitais, principalmente nas UTIs em que a rotatividade e o número de mortes é alto, pode fazer com que estes profissionais atuem com mais frieza, esquecendo que ali deitado no leito há uma pessoa. Eles não têm tempo para viver o luto profissional. Após ler a carta, o médico coordenador da UTI me propôs que fizesse uma intervenção com a equipe tendo como base o texto produzido com o tema “Humanização Hospitalar”.

Após a escrita da mensagem, L. permitiu a visita da família e voltou a fazer os procedimentos requeridos pela equipe. Alguns dias depois, teve alta da UTI e passou a estar na enfermaria mais perto de seus familiares. Ela alternava em momentos de lucidez e confusão mental, e dentro de poucos dias passou a ficar a maior parte do tempo confusa, sem falar. Eu mesmo assim visitava o quarto todos os dias, atendendo-a e ouvindo sua família.

Um dia antes de falecer, a família me diz que ela agora já não reconhece ninguém. Digo que desejo conversar com ela. Ao me ver, L. olha fixamente e faz um gesto de escrever com a mão. Naquele momento me ressoa o “etcétera...” a palavra escolhida por ela para terminar a carta. Pareceu-me que L. ainda tinha algo que dizer. Rapidamente, vou até o posto de enfermagem e pego uma prancheta com uma folha em branco. No entanto, ao chegar no quarto, L. já havia voltado ao seu estado de confusão e torpor. Ela morre no dia seguinte, um sábado, às 6h30 da manhã.

Pontuamos neste relato como a situação de hospitalização em UTIs no contexto da clínica da terminalidade pode produzir o efeito do entre-duas-mortes, abordado por Lacan no *Seminário 7* (Lacan, 1997/1959-60). Nessa acepção, o paciente se encontra em uma posição única, em meio à sua morte biológica e sua morte enquanto sujeito. Como vimos com L., mesmo estando nesta posição que traz muita angústia, é possível criar saídas singulares para tentar bordejar esse real tão assolador.

1.3.3 C. e o belo frente à morte

Após a exposição do fragmento de L., que trouxe a discussão de como estar internado em uma UTI com diagnóstico de doença terminal coloca o sujeito em uma zona entre-duas-mortes, passaremos ao segundo caso clínico desta seção. Aqui, dentre outros fatores, buscaremos articular com a prática do analista no hospital um aspecto apontado no subtópico *Antígona entre-duas-mortes: a função do belo diante da morte*.

Pude acompanhar C. por praticamente todas as fases de progressão de seu adoecimento quando esteve hospitalizada. Recebo a demanda de atendimento devido ao fato de que ela tinha acabado de receber a notícia que estava com câncer de mama. C., 40 anos, estava internada inicialmente devido a uma outra condição, não por causa do câncer. Após receber a notícia, começou a chorar bastante. Assim, a equipe de saúde solicitou atendimento psicológico para ampará-la.

Antes de atendê-la, já sou advertido: “Vai com calma, porque C. é muito agressiva”. Guardei esta informação, mas naturalmente não a levei em consideração no atendimento inicial. A psicanálise nos ensina a não levar pressuposições aos atendimentos, a não compreender de antemão. Cada caso é uma história nova e devemos estar abertos ao que encontraremos ali. Eu poderia entrar na enfermaria já com certa hesitação em falar com ela e isso ser um obstáculo para o estabelecimento da transferência.

C. se encontrava em uma ala do hospital que era destinada somente para pacientes do SUS, e por isso estava internada em uma enfermaria com mais sete leitos. Assim, eram oito pacientes, mais oito acompanhantes em um mesmo ambiente. A privacidade era mínima. A plateia para vê-la chorar era grande.

Ao chegar na enfermaria, a vejo chorando. Ela me diz que não acreditava que estava com câncer de mama, que estava ali por outro problema, não pelo câncer. No momento, estava sozinha, sem acompanhante. C. residia em outra cidade, então não era possível que estivesse com acompanhantes o tempo todo. Geralmente quem ficava com ela era seu esposo, que, ao mesmo tempo que a acompanhava, mantinha seu trabalho. C. não tinha filhos.

Os atendimentos ocorreram por quatro meses. No início eu a visitava diariamente, e posteriormente ia a cada dois dias. Durante alguns dias, C. se mostrava bastante resistente ao falar da doença. Não aceitava que tinha câncer, dizia que os médicos lhe estavam mentindo. Ela se mostrava bastante agressiva com a equipe de saúde, e principalmente com sua família. Não era raro vê-la gritando com seu marido ou com suas irmãs. Em uma tarde chegou até mesmo a expulsar a irmã que a acompanhava da enfermaria, aos gritos.

C. tinha três irmãs. Conta-me que há anos não falava com uma irmã, e com outra tinha um relacionamento mais superficial. A única que tinha mais contato era a irmã que morava no Espírito Santo. Sua forma de lidar com a família se estendia à figura do pai: o pai morrera alguns anos antes sem manter relações com C., devido a uma briga que tiveram. Ela falava disso com certo orgulho, como se fosse tão firme nas suas decisões que nem mesmo diante da possível morte do pai ela o procurara para que pudessem resolver os conflitos. Este traço de gozo acabaria se repetindo na história de C., desta vez, com ela na posição de morrer sem querer se reconciliar com uma irmã.

Havia dias que ela estava disposta a falar. Nestes dias, eu me sentava a seu lado e tratávamos sobre seus medos em relação ao câncer. O cabelo iria cair? Ela não poderia pintar mais as unhas? Como ficaria sua aparência? Antes de iniciar a quimioterapia, combinei com a enfermeira do setor que a visitasse e lhe explicasse algumas questões iniciais sobre o tratamento e sobre os possíveis efeitos em seu corpo.

Algumas semanas depois, quando seu cabelo já havia começado a cair, a encontro bastante feliz, experimentando diferentes lenços. Neste momento do tratamento, fora transferida a outra ala do hospital, denominada Centro de Alta Complexidade, destinada a pacientes oncológicos e pacientes renais crônicos graves. As pacientes que estavam internadas com ela na mesma enfermaria a estavam ensinando formas diferentes de amarrar os lenços. Uma outra ocasião em que a vi bastante satisfeita foi quando as brinquedistas voluntárias

passaram pela ala oferecendo livros, revistas, e também esmaltes para que os pacientes pudessem pintar as unhas¹⁴. Estar bonita lhe era bastante importante.

Entretanto, nem todos os dias C. estava assim tão disposta. Os episódios de agressividade se repetiam. A irmã que mora no Espírito Santo chegou e ficou com ela como acompanhante durante algumas semanas. Mesmo assim, a irmã me relatava que em alguns momentos C. era bastante rude. A paciente não chegou em nenhum momento a ser agressiva comigo. Nos dias que ela não queria conversar, assim que eu entrava na enfermaria, já sinalizava: “Hoje não quero conversar. Você pode voltar outro dia.”. Não devemos exigir ou esperar que o paciente esteja disposto a falar sobre sua doença e, conseqüentemente, sobre a expectativa da chegada da morte em todos os atendimentos. Aqui entra a diferença que o analista promove no ambiente hospitalar: colocar a dimensão do sujeito em jogo, respeitar seu próprio tempo de elaboração. Mesmo assim, com sua presença, com visitas ao leito, ainda que sejam negadas eventualmente, como no exemplo supracitado, o analista insere modulações no tempo do sujeito. O desejo do analista pode introduzir escansões que produzem efeitos no paciente.

Destaco neste relato dois momentos que foram marcantes para mim nos atendimentos. O primeiro ocorreu após sua primeira sessão de quimioterapia. C. foi advertida pela equipe multidisciplinar dos possíveis efeitos que a quimioterapia pode causar. Felizmente, após a primeira sessão não houve nenhum efeito colateral. Tudo transcorreu muito bem. Entro na enfermaria e encontro C. enérgica. Ela estava bastante feliz porque deu tudo certo na primeira sessão e que, pelo visto, não iria sentir nada durante todo o tratamento.

A partir desta fala respondi que ficava muito feliz por ela não ter sentido nada na primeira sessão. Mas era importante pontuar que o mesmo talvez não ocorresse nas próximas. Os efeitos colaterais poderiam acontecer, mas que isso não significava que o tratamento iria dar errado. Os efeitos colaterais também faziam parte do processo de tratamento.

A equipe e sua família, com medo de sua agressividade, diziam que tudo iria dar certo no tratamento. Eles colocavam a castração de lado, como se as impossibilidades e desafios não existissem em um processo de quimioterapia. Diante da fala de C., esta foi a forma com que rapidamente consegui naquele momento introduzir a dimensão da falta, da castração. Ainda que lidemos com casos graves, situações em que a terminalidade é às vezes iminente, às vezes não tanto, é importante não nos tornarmos compassivos ao sofrimento do sujeito, colocando-os

¹⁴ Era permitido, devido ao risco de infecção hospitalar, apenas pintar as unhas, sem que as cutículas fossem retiradas.

numa posição de “coitado”, sentindo compaixão ou até mesmo dó por eles. Devemos implicá-los subjetivamente na condição em que se encontram, sempre levando em consideração o manejo da transferência. Minha fala foi a saída que encontrei na pressa daquele momento, contudo, assim o fiz porque tinha consciência que a transferência estava bem estabelecida. C. recebe minha fala com bastante surpresa, pois esperava que eu seria mais um na série metonímica a dizer que “tudo ficaria bem”.

Rocha (2007) nos lembra que, na atuação do analista em contexto hospitalar, temos que produzir o corte e sustentar a emergência do vazio, que é quando a contingência surge. Neste processo, é natural que emerja angústia, como no caso de C. No entanto, a partir deste corte o sujeito pode também se desvincular de suas repetições e atentar-se a suas posições fantasmáticas. A falta, a castração, tão temida, passa a se incorporar no processo terapêutico.

Algumas semanas depois, após uma outra sessão de quimioterapia, C. se sente bastante fraca. Vomita muito e não tem forças nem para andar. Quando chego na enfermaria, está vomitando em uma comadre segurada por sua irmã. Imediatamente pede que a irmã esconda a comadre, pois não quer que eu a veja nesta situação “degradante”. Neste atendimento, ela me diz que se lembrou do que eu havia dito dias antes sobre os efeitos colaterais, de que eles são parte do tratamento. A angústia diante dessa dor, ainda que inevitavelmente presente, foi remanejada. Diante desta situação, nos perguntamos: a degradação física ocasionada pela quimioterapia poderia se confundir com um efeito de devastação?

O segundo momento marcante ocorreu quando ela me revela, mais no final dos atendimentos, que já sabia do diagnóstico de câncer há aproximadamente dois anos. Ela havia realizado uma mamografia e o médico de sua cidade lhe disse que estava com um nódulo em seu seio. Contudo, optou por não seguir adiante nas investigações, em procurar tratamento. O motivo era que ela não queria que seu seio fosse retirado, não queria perder essa parte de seu corpo que diz de sua feminilidade.

Consideremos este comentário sobre não querer perder seu seio. Junto a ele, somamos o discutido sobre ela ter medo de como ficaria sem os cabelos, com as unhas malfeitas. C. se preocupava com sua aparência, buscava estar sempre arrumada. Cada dia estava com um lenço diferente. Por meio destes apontamentos, percebemos como a função do belo surgiu para C. como uma cobertura frente ao real da morte.

Retomando o fenômeno do belo, notamos aqui o apontamento de Lacan sobre sua função de recobrir o vazio, em outras palavras, de ser uma defesa frente ao horripilante que pode advir do real, em nosso caso, o real da morte. O belo se coloca a jogo como um véu imaginário que se situa frente ao contato direto com o insuportável da morte. Para Lacan, o belo

é a última barreira frente ao trágico de *das Ding*. Como o verdadeiro não é muito bonito de se ver, o belo vem como uma cobertura frente a ele (Lacan, 1997/1959-60). O fenômeno do belo, que remete a Eros, às pulsões sexuais e autoconservadoras, é aquele que em última instância ameniza as forças da pulsão de morte em seus efeitos de destruição (Rocha, 2010).

Lacan (1997/1959-60), ao inserir o fenômeno do belo em meio à discussão sobre a ética da psicanálise, mostra como o belo está atrelado à dimensão do desejo. Essa relação se apresenta como singular, ambígua e paradoxal, pois é colocada a possibilidade de eliminação do desejo em meio ao registro do belo, mas mesmo assim ele não deixa se manifestar. Quando o belo entra em jogo, há o rebaixamento ou desarmamento do desejo.

A partir deste véu imaginário diante do real representado pelo belo, tem-se como resultado uma distância, ainda que frágil, diante do horror da Coisa. O belo não remove o real, não elimina sua existência, pois, na clínica da terminalidade é impossível suprimir a sensação de urgência que a iminência da morte traz. Mas oferece, a partir do estético – como C., na preocupação em manter seu seio – uma distância que o sujeito consegue suportar frente ao real da morte.

Depois de quatro meses desde o início de meus atendimentos, C. melhora consideravelmente seu quadro clínico e tem alta do hospital. Ela continuaria o tratamento oncológico em sua cidade, mas agora não necessitava mais estar internada. Após aproximadamente dois meses da alta, ela volta ao hospital, desta vez com o estado de saúde bastante agravado. Chega no fim de semana, período em que eu não estava no hospital, e após algumas horas já é intubada pela equipe.

Eu a vi na segunda-feira. Sua aparência estava muito diferente: completamente careca, bastante inchada, não parecia a mesma pessoa. Relataram-me que durante o fim de semana ela brigou com todo mundo, se negava a tomar os medicamentos prescritos. Estava resistente a todas as intervenções médicas. No entanto, após muitas discussões finalmente aceitou que teria de ser intubada.

No período em que estive nestas condições, acompanhei sua irmã e seu marido. A irmã sempre muito triste porque, mesmo apesar do quadro grave de C., ela não quis se acertar com a irmã com quem era brigada. Ela tinha medo que C. morresse sem a devida reconciliação das irmãs, e justamente assim aconteceu. Mesmo diante da morte, C. não se desvencilha deste traço de gozo, desta rigidez nas relações, repetindo o cenário da morte de seu pai.

Após duas semanas no tubo, ela faleceu. No período em que estive fora do hospital, C. comentou com a irmã sobre o fato de já ter conhecimento do nódulo anteriormente. Ressoou nesta irmã um importante enigma: o questionamento do que poderia ter sido se C. houvesse

procurado ajuda médica dois anos antes, se não teria sido tarde demais, e, quem sabe, talvez ela estivesse a seu lado, curada e viva.

PARTE 2: O TEMPO

E quando chegasse sua vez, o que ele diria, o que ele poderia oferecer num dia como este, para tornar a viagem um pouco mais fácil? Para tudo há uma estação. Sim. Um tempo para destruir e um tempo para construir. Sim. Um tempo para calar e um tempo para falar. Sim, tudo isso. Mas, o que mais? O que mais?

(Ray Bradbury)

2.1 A (A)TEMPORALIDADE DO INCONSCIENTE

O tempo sempre foi um tema de difícil apreensão para todos os campos do saber. A filosofia e diversas áreas da ciência tentam há séculos estudá-lo e definir suas leis de funcionamento. Contudo, ele sempre se mostra fugaz a uma definição completa e sistematizada, portando em si algo que não pode ser totalmente compreendido.

A psicanálise também se propôs a participar desta discussão, buscando contribuir no desenvolvimento do estatuto da temporalidade. Mesmo assim, o tema do tempo não ocupou uma posição de destaque nas elucubrações psicanalíticas. Freud, por exemplo, não dedicou em sua vasta produção um texto específico ao tema. Não obstante, podemos sumarizar da obra de Freud e de Lacan importantes contribuições para o estudo do tempo em uma vertente clínica, isto é, considerando o sujeito em função dos modos temporais. Em relação à temporalidade, Freud e Lacan não se opõem. Contudo, Lacan desenvolve sua própria abordagem do tempo com o tempo lógico. Para Miller (2010a), ele retoma e prolonga a relação de Freud com a temporalidade. Pensamos nesse sentido também a estrutura do inconsciente como hiância, caracterizado por uma pulsação temporal. Para Lacan, “ali, alguma outra coisa quer se realizar - algo que aparece como intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade. O que se produz nessa hiância, no sentido pleno do termo produzir-se, se apresenta como um achado.” (Lacan, 1985c/1964, p. 30).

Tomando o tempo na psicanálise e confrontando-o com o que vem sendo discutido nesta dissertação, melhor dizendo, com a clínica da terminalidade, o que podemos extrair desta relação? Quais as possíveis modificações que um sujeito pode ter em sua temporalidade quando se depara de forma abrupta com a morte?

Na primeira parte do trabalho exploramos fragmentos clínicos que mostraram algumas soluções singulares que os sujeitos criaram ao ter que encontrar respostas para sua própria transitoriedade, tendo como pano de fundo a urgência trazida pela iminência da morte. Na

segunda parte, nos debruçaremos com maior foco em como a psicanálise entende o tempo, buscando vincular o percurso teórico com outros casos clínicos. Para isso selecionamos na produção psicanalítica três pontos importantes para a argumentação: a (a)temporalidade do inconsciente e suas implicações teóricas e clínicas, a retroação em psicanálise e o tempo lógico, noção desenvolvida por Lacan (1998a/1945).

2.1.1 *Horror temporis*

Freud formalmente não deu muito destaque à questão do tempo em sua obra, e na maior parte das vezes que o fez, aproximou-se dela pela via da negatividade. A *atemporalidade* do inconsciente, tema deste subtópico, é sua contribuição no campo da temporalidade mais difundida entre os praticantes da psicanálise.

Essa posição freudiana não se modifica durante seus escritos, ele a sustenta por toda sua vida. O inconsciente permanece até o fim com esse estatuto de trabalhador incansável que não conhece o tempo. Guéguen (2010) defende que, se Freud esteve tão firme nessa posição, é porque a atemporalidade do inconsciente era para ele um pilar essencial para a psicanálise, tanto para diferenciá-la das psicoterapias quanto para auxiliar a forma em que a psicanálise aborda o ser falante. Assim, tratar que o tempo não se inscreve no inconsciente não significa que ele não seja importante para a psicanálise, e sim dotá-lo de um valor ainda maior, pois o inconsciente coloca o tempo como um objeto sob uma grande força de recalque.

Não houve de Freud uma sistematização ou definição das modalidades temporais, mas isso não nos impede de afirmar que ele trabalhou no decorrer dos anos a questão do tempo. Gondar (1995a) salienta que em Freud, não podemos dizer de só uma forma de entender o tempo: a autora destaca da obra freudiana diversas modalidades temporais, que em alguns momentos se mostram muito diferentes umas das outras. O pai da psicanálise se utiliza de diferentes recursos para pensar o tempo atrelado a importantes conceitos metapsicológicos como o inconsciente, a consciência e a pulsão de morte.

Mesmo não havendo propriamente algo em comum nas formulações freudianas sobre o tempo, Gondar (1995a) destaca a imagem da inquietude presente nelas. Há nos escritos sobre o tempo, bem como na base da teoria psicanalítica, uma constante disjunção temporal. Não se consegue fechar um sistema teórico, algo que englobe um todo, totalmente fechado.

Barros (2000) afirma que, como a física e a cosmologia já estudam o tempo, cabe à psicanálise, fazendo jus a sua posição diante da ciência – que para o autor é a de “teoria dos restos da experiência” (Barros, 2000, p. 6) – estudar a erótica do tempo. Miller (2000) reitera a

importância de se estudar a temporalidade, ainda que seja um tema lateral na obra freudiana e que Lacan tenha avançado nessa clínica com o tempo lógico, mesmo assim sendo um tema ainda pouco percorrido pelos analistas.

Consideremos então a seguinte questão: haveria na metapsicologia freudiana algo original a respeito da abordagem do tempo ou são apenas contribuições advindas de outros campos de saber, como a filosofia ou a física? Não é do escopo psicanalítico investigar a natureza do tempo, seja ela em termos metafísicos ou “científicos”. O tempo se torna um objeto de estudo para a psicanálise quando o sujeito do inconsciente está envolvido. Entretanto, isso não significa que Freud opera com um tempo subjetivo. O tempo para ele se postula a partir de uma outra perspectiva. Ao contrário da fenomenologia, que tem como foco a maneira que o sujeito vivencia seu tempo e tem consciência dele, Freud privilegia apontar como o sujeito se constitui a partir de movimentos temporais, de um antes e de um depois (Gondar, 1995b).

Para Gondar (1995a), a psicanálise freudiana não se aproxima da noção de tempo vivido, pois para a fenomenologia, a consciência e psiquismo são tidos como sinônimos, enquanto para a psicanálise não. À consciência fenomenológica nada escapa, nem mesmo o tempo. Passado, presente e futuro se unem em um só fluxo no tempo vivido. A psicanálise por sua vez, entende que muito escapa à consciência, e o próprio aparelho psíquico desenvolvido por Freud vai contra a noção de síntese. Ele por si só já mostra como somos cindidos, uma divisão que é sempre conflituosa. Por isso, Freud não se preocupa em definir ou trabalhar a noção de tempo vivido. No entanto, com a leitura lacaniana de filósofos como Heidegger e Hegel, abriu-se um campo em que é possível uma abordagem psicanalítica do tempo vivido e de sua espessura libidinal.

Em relação ao fim do tempo de vida, ou seja, da morte, a ordem médica até os dias atuais busca demarcar para ele um tempo ideal. Daí se configuram as questões de bioética, como a eutanásia, a morte antecipada; a ortotanásia, a morte ocorrida no “tempo certo”; a distanásia, a morte protelada e a kalotanásia, que envolve o conceito de “boa morte” ou “morte digna”. Em todas estas situações, a morte está nas mãos do poder médico. A psicanálise também se interessa nestas discussões, na medida em que elas devem considerar também a dimensão de quem está morrendo: a pessoa doente não se coloca apenas como um objeto, e sim como um sujeito que tem desejos, vontades e medos e que pode e deve participar no seu processo de morrer.

Santo Agostinho retrata em uma emblemática frase a dificuldade em conceituar o tempo. “O que é o tempo? Se ninguém me perguntar, eu sei; mas se o quiser explicar a quem me pergunta, já não sei” (Agostinho, 1984, p. 304). A impossibilidade de dizer do tempo também

se refere ao fato que definir um conceito seria explicar justamente o que se mantém imutável, em outras palavras, o que é indiferente ao tempo. Caímos, portanto, em um paradoxo: como delimitar o que não muda em relação ao tempo, ideia que remete justamente a algo que se insere em um fluxo? Ao tentarmos definir o que o tempo é, podemos recusar justamente o que tentamos esclarecer (Gondar, 1995b).

Diante da investida a partir de diversos saberes, encontramos as mais variadas interpretações sobre o tempo, incluindo aí também o campo psicanalítico. Para Le Poulichet (1995), esse não-saber temporal não deve ser ignorado pela psicanálise. É mais uma forma de demonstrar como não é possível sistematizá-lo como um todo.

Um processo semelhante acontece com a morte: há uma eterna tentativa de conceituá-la, de categorizá-la, de elaborar um saber completo sobre ela. Quando morte e tempo atravessam o quadro clínico de um paciente com diagnóstico terminal, grandes dificuldades e ruídos são gerados. Até onde é possível avançar sobre estes dois temas quando eles se referem a um sujeito em sofrimento psíquico e físico?

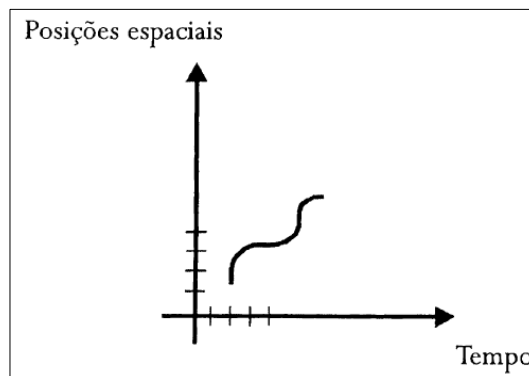
A tradição filosófica e científica sobre o tempo tende a espacializá-lo. Isso revela como é difícil conceituar o tempo, dizer dele por si só, como um conceito isolado. Não há uma ciência do tempo, apesar de muitas tentativas terem sido realizadas. Há a topologia, ciência do espaço bastante explorada por Lacan, mas não existe uma ciência do tempo. Temos que inseri-lo muitas vezes em uma outra dimensão, e na maior parte das vezes é a dimensão espacial (Ferrari, Calmon & Teixeira, 2017). Para Gondar (1995a), o tempo só é representável quando atrelado à espacialidade.

Gondar (1995a) aponta a espacialização do tempo com o exemplo: “Marcamos um encontro para às três horas da tarde”. Por mais que pareça ser uma expressão temporal, na verdade nos referindo ao espaço que o ponteiro do relógio percorre. Isso se dá porque a cronologia do senso comum se pauta na espacialização do tempo, ou seja, o tempo pode ser entendido como a distância entre dois pontos. O mesmo se dá, por exemplo, quando dividimos o dia, ou os meses do ano. Um aspecto relevante desta relação é que o caráter de irreversibilidade do tempo salientado pela psicanálise se perde. Nesta perspectiva, a distância de A a B é a mesma de B a A. Para a psicanálise, o mesmo não pode ser afirmado.

No campo psicanalítico a questão do espaço foi mais privilegiada. Freud, por exemplo, dedicou importantes textos para descrever as tópicas do aparelho psíquico, para localizá-lo e sistematizá-lo espacialmente (Gondar, 1995a). Vale ressaltar que o próprio termo tópica significa teoria dos lugares.

Miller (2000) também aponta a relação entre tempo e espaço. Para ele, ao dizer do espaço automaticamente estamos dizendo do tempo, pois o espaço se refere ao movimento. O movimento seria uma forma de unir o espaço e o tempo, como se houvesse um casamento entre eles. Assim, ao tratar de um deslocamento, tratamos de tempo. Quando situamos algum objeto em um espaço, as coordenadas cartesianas de suas posições remetem à dimensão temporal. O tempo se externaliza em posições espaciais. Ele faz uso da figura abaixo para exemplificar:

Figura 1 – Gráfico da relação entre tempo e espaço



Fonte: Miller (2000, p. 19)

Esse tempo geométrico, que pode ser representado por uma linha, não é uma operação evidente à primeira vista. A espacialização do tempo é recente. Para os filósofos gregos, o tempo estava mais associado aos números. Platão, por exemplo, excluía o tempo da geometria, que para ele só funcionava com modelos imutáveis, ou seja, externos ao tempo (Miller, 2000).

Com a chegada da morte no hospital, ela também passou por uma espacialização. Na tentativa de controlá-la, o saber médico passou a dividi-la em momentos específicos localizados no corpo: a morte cerebral, a morte celular (Kovács, 2010). Nessa perspectiva médica, seria possível localizar o momento exato do fim do tempo de vida de uma pessoa em uma parte de seu corpo.

Miller (2000) faz uso da citação do Duque de La Rochefoucauld enunciada por Lacan no *Seminário 3* (Lacan, 1985b/1981) para constatar o *horror temporis*, isto é, o horror ao tempo que existe nos campos de saber: "Não se pode olhar a morte de frente, não mais que o sol". Assim como a morte, não é possível encarar o tempo de frente. Tomemos a aproximação realizada por Freud da angústia de morte à angústia de castração em *O eu e o Id* (Freud, 2011b/1923). Podemos pensar a angústia de morte também em termos temporais, como a finitude temporal do ser. Assim, o tempo e a morte estariam equiparados à castração. Miller (2010a) usa deste exemplo para demonstrar o *horror temporis*, como há algo impensável, difícil

ou horrível de se pensar sobre o tempo. Neste âmbito, pensamos também em como há um limite temporal de saber imposto pela castração: diante da iminência da morte, não há tempo de saber tudo. Há a pressa de concluir, mas ela se depara com um obstáculo, que a impede de avançar. Esse real que não é todo acessado neste momento ressoa no corpo, provocando efeitos nos sujeitos que confrontam a enunciação da morte.

Tratamos assim da dificuldade de representar e sistematizar o tempo. Como o sexo e a morte, sempre há um empecilho, um impedimento na tentativa de abarcar estas questões. O que conseguimos tratar dele é apenas o que o significante consegue abarcar do real do tempo. Como visto no decorrer deste trabalho, o sexo e a morte estão atrelados. Aproximamos, agora, nossos dois objetos de estudo, o tempo e a morte, pois ele está contido na própria definição da transitoriedade: a morte chega quando o tempo se finda.

2.1.2 O inconsciente não conhece o tempo

A sua maneira particular, Freud debruçou-se sobre o tempo. Como desenvolveremos aqui, Freud abordou a impossibilidade de definir o tempo ao colocá-lo como não possível de se inscrever no inconsciente. Dito de outra forma, ele estabeleceu a inviabilidade de definição do tempo na constatação de que o inconsciente é atemporal.

O prenúncio da atemporalidade do inconsciente foi indicado n’*A Interpretação dos Sonhos*, ao final do sétimo capítulo. Ali, Freud anuncia, ao discutir a indestrutibilidade do desejo inconsciente: “Na verdade, um aspecto destacado dos processos inconscientes é o fato de eles serem indestrutíveis. No inconsciente, nada pode ser encerrado, nada é passado ou está esquecido” (Freud, 2019a/1900, p. 159). Mais adiante, ele cita como exemplo o modo como isso pode se prenunciar na histeria através de um ataque histérico, em que uma humilhação que o sujeito passou trinta anos antes pode atuar da mesma maneira como uma humilhação atual. Ao ter acesso a essas fontes de afeto inconscientes, tem-se como consequência uma descarga motora tão intensa como se fosse recente.

Em *O início do tratamento* (Freud, 2010a/1913), ao dizer que a análise exige tempo, que não pode ter uma duração pré-definida, Freud trata de possíveis fatores que fazem com que ela seja mais lenta. O autor cita a morosidade com que os processos psíquicos se modificam, se rearranjam, e a atemporalidade destes processos inconscientes.

No texto *O inconsciente* (Freud, 2010e/1915), Freud postula as mais famosas e difundidas linhas sobre o tema: “Os processos do sistema Ics são atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não são alterados pela passagem do tempo, não têm relação nenhuma

com o tempo. A referência ao tempo também se acha ligada ao trabalho do sistema Cs”, (Freud, 2015a/1915, p. 93).

Em uma exposição bastante rica no curso de Miller, Guéguen (2010) retoma os momentos iniciais em que Freud menciona pela primeira vez a atemporalidade do inconsciente. Isso ocorre em 18 de outubro de 1910, cinco anos antes da publicação de *O inconsciente* (Freud, 2010e/1915), em um dos famosos encontros de quarta-feira. Nestas reuniões semanais, Freud se reunia com outros psicanalistas para discutir e desenvolver questões do arcabouço psicanalítico.

Neste encontro estavam Tausk, Stekel, Federn, Sachs e Sabina Spielrein. A partir de um comentário de Tausk sobre como nos sonhos o elemento temporal é excluído, Freud comenta: “Fomos conduzidos a ver que o inconsciente é atemporal. O sonho não o é de todo, porque é um processo que se situa entre o inconsciente e a consciência. A dimensão do tempo está ligada aos atos de consciência (Guéguen, 2010, p. 258, tradução livre)

Duas semanas mais tarde, Freud comenta com o grupo ali presente que a tese do inconsciente atemporal não é empírica. Assim como em vários princípios metapsicológicos, essa conclusão se deu a partir de deduções de constatações convergentes, como o fato que a condensação seja possível a nível inconsciente, a falsa orientação temporal dos sonhos, a ausência de efeitos do passar do tempo para os neuróticos, seu apego a objetos e sua tendência a ficar fixado em algum ponto específico (Guéguen, 2010).

Em *História de uma neurose infantil* (Freud, 2010c/1918[1914]), Freud menciona brevemente a atemporalidade do inconsciente, ao fazer recomendações à atuação do analista: “Quanto à perspectiva do médico, posso apenas dizer que em casos assim ele deve se comportar de maneira tão “atemporal” quanto o inconsciente mesmo, se quiser aprender e alcançar algo. E isso ele consegue, afinal, se puder renunciar a qualquer ambição terapêutica de vista curta” (Freud, 2010c/1918[1914], p. 12). Aqui, ele sugere que o analista não tenha a princípio a perspectiva de uma cura rápida, que deve comportar-se como o inconsciente que não considera a dimensão temporal em seus processos. O que aconteceria, portanto, em um atendimento com um paciente com diagnóstico de doença terminal? O analista se colocaria nesta posição “atemporal”? Como discutido no caso de C., é necessário que respeitemos o tempo de elaboração do sujeito. Mesmo assim, com nossa presença, em nossos atos inserimos modulações temporais para que o sujeito se movimente frente a iminência da morte, caso assim o deseje.

Para melhor desenvolvimento de nossa argumentação, dividiremos o enunciado proferido em 1915 em três fragmentos, que, apesar de serem semelhantes, não são estritamente

os mesmos: (1) os processos mentais inconscientes não são ordenados temporalmente; (2) não são alterados pela passagem do tempo; e (3) não têm nenhuma relação com o tempo.

Para Gondar (1995a), partindo de uma leitura destes enunciados podemos concluir que há contradições entre as três partes. Na primeira, se não houvesse certa ordenação do material inconsciente, ele seria um caos. Ainda que mínima, alguma ordenação o inconsciente deve comportar. E sabemos pela obra freudiana que o inconsciente possui suas próprias leis, embora não seja necessariamente uma lei de ordenação linear ou cronológica.

Nesse sentido, a segunda constatação fica compreensível. Nela, percebemos que estes processos existem, mas não são alterados pelo tempo, continuam estáveis a nível inconsciente. Mesmo assim, questiona-se: as representações inconscientes ao se condensarem ou deslocarem não precisariam de algum tipo de tempo para realizar estas operações? (Gondar, 1995a)

Tomando a terceira constatação: se estamos falando aqui de *processos* mentais, ideia que comporta um antes e depois, como dizer que aí o tempo não se aplica? Contudo, o argumento utilizado acima também se encaixa aqui: se as representações se reorganizam, se modificam, como ignorar aí a função do tempo? (Gondar, 1995a). Le Poulichet (1995), considera que o terceiro enunciado é o que apresenta mais problemas e não pode ser entendido como um resumo dos dois primeiros. Para a autora, os processos inconscientes como a projeção, o deslocamento e a transferência não têm uma consistência espacial, mas sim temporal, pois são processos instauradores de passagens.

Em consonância com Gondar (1995a), a autora escreve que eles são atemporais porque não se submetem à passagem do tempo cronológico. Eles permanecem no inconsciente, ainda que sob novas formas, reorganizados. O inconsciente não conhece o passado porque estes processos não passam, eles continuam ali, mesmo que sob uma outra forma (Le Poulichet, 1995). Como será melhor discutido na próxima seção, o passado se reatualiza ou até mesmo se realiza no presente, a partir dos processos que envolvem o *a posteriori*. No presente, o sujeito pode ressignificar, ou seja, reorganizar, elementos passados.

Gondar (1995a) propõe pensar a atemporalidade do inconsciente não como uma atemporalidade absoluta, mas relativa. O que significa dizer que o inconsciente é atemporal somente a algumas modalidades de tempo, não a todas. É com esse raciocínio que é possível entender a qual modo de tempo que Freud trata nesse importante fragmento. E qual seria a modalidade temporal que o autor se refere?

A resposta é dada cinco anos depois, em *Além do princípio do prazer* (Freud, 2011a/1920). Ali, Freud retoma a noção de atemporalidade do inconsciente, reconhecendo que ela deveria ser melhor desenvolvida, escrevendo:

Neste ponto me permitirei abordar brevemente uma questão que mereceria tratamento aprofundado. A tese de Kant, segundo a qual o tempo e o espaço são formas necessárias de nosso pensamento, pode hoje ser submetida a uma discussão, devido a certos conhecimentos psicanalíticos. Vimos que os processos psíquicos inconscientes são “atemporais” em si. Isto significa, em primeiro lugar, que não são ordenados temporalmente, que neles o tempo nada muda, que a ideia de tempo não lhes pode ser aplicada. São características negativas, que apenas se fazem compreensíveis quando comparadas aos processos psíquicos conscientes. Nossa abstrata ideia de tempo parece derivar inteiramente do modo de trabalho do sistema P-Cs, correspondendo a uma autopercepção dele. (Freud, 2011a/1920, p. 140)

Com esse trecho, fica esclarecido que os três enunciados de 1915 se opõem ao tempo da consciência. Para Gondar (1995a), está em jogo as duas principais concepções de tempo em Freud: a negativa, representada pela atemporalidade do inconsciente, e a positiva, que se refere ao tempo da consciência. Os problemas surgidos na análise dos três enunciados se explicam quando se entende que Freud os contrapõe ao tempo que é codificado pela consciência. Assim, podemos perceber também a partir da dimensão temporal as disjunções estruturais do aparelho psíquico: seus diferentes sistemas nunca chegam a uma complementaridade, estão sempre dizendo coisas diferentes.

Retomamos o trecho de *Além do princípio do prazer* (Freud, 2011a/1920) sobre o tema. Ali, nos diz Freud: “A tese de Kant, segundo a qual o tempo e o espaço são formas necessárias de nosso pensamento, pode hoje ser submetida a uma discussão, devido a certos conhecimentos psicanalíticos (Freud, 2011a/1920, p. 140). O autor coloca em xeque a afirmação kantiana de que o tempo e o espaço se encontram *a priori* aos fenômenos, atribuindo-lhes um caráter universal. Se para a psicanálise o inconsciente não conhece as leis do tempo (as leis do tempo que a consciência conhece), então a proposição kantiana não se verifica, ela não é mais universal, não se mostra mais necessária. A temporalidade em Kant tem um caráter duplo: ao mesmo tempo que é uma produção do sujeito, ela também o funda enquanto tal. Vejamos o que Kant nos diz:

1. O tempo não é um conceito empírico que derive de uma experiência qualquer. Porque nem a simultaneidade nem a sucessão surgiriam na percepção se a representação do tempo não fosse o seu fundamento a priori. Só pressupondo-a podemos representar-nos que uma coisa existe num só e mesmo tempo (simultaneamente), ou em tempos diferentes (sucessivamente).
2. O tempo é uma representação necessária que constitui o fundamento de todas as intuições. Não se pode suprimir o próprio tempo em relação aos fenômenos em geral, embora se possam perfeitamente abstrair os fenômenos do tempo. O tempo é, pois, dado a priori. Somente nele é possível toda a realidade dos fenômenos. De todos estes se pode prescindir, mas o tempo (enquanto a condição geral da sua possibilidade) não pode ser suprimido. (Kant, 2001, p. 96)

Além da crítica ao pensamento kantiano, Freud também constata que o inconsciente vai contra ao tempo de Newton, que é absoluto e uniforme (Miller, 2000). Para Newton, o tempo é absoluto pois sua existência não depende nem da matéria nem do espaço. A teoria da relatividade de Einstein também vem criticar esse tempo absoluto newtoniano e possibilita uma discussão mais aprofundada sobre o tempo subjetivo, a noção de tempo vivido.

Em relação ao tempo da consciência, encontramos raras e confusas referências em Freud. Gondar (1995a) hipotetiza que isso ocorre pela pouca importância que Freud atribui aos processos conscientes em comparação às questões advindas do inconsciente. Em se tratando da consciência, Freud se interessa mais em entender como a partir dela o tempo se introduz no psiquismo. Em *Nota sobre o bloco mágico* (Freud, 2011c/1924-25), Freud desenvolve a proposição de como o tempo se dá no sistema consciente:

Fiz a suposição de que inervações de investimento são enviadas e novamente recolhidas, em breves empuxos periódicos, do interior para o totalmente permeável sistema Pcp-Cs. Enquanto o sistema se acha investido dessa forma, recebe as percepções acompanhadas de consciência e transmite a excitação para os sistemas mnemônicos inconscientes; assim que o investimento é recolhido, apaga-se a consciência e cessa a operação do sistema. É como se o inconsciente, através do sistema Pcp-Cs, estendesse para o mundo exterior antenas que fossem rapidamente recolhidas, após lhe haverem experimentado as excitações. Assim, as interrupções que no Bloco Mágico acontecem a partir de fora se dariam pela descontinuidade da corrente de inervação, e no lugar de uma verdadeira suspensão do contato haveria, em minha hipótese, a periódica não excitabilidade do sistema perceptivo. Também conjecturei que esse funcionamento descontínuo do sistema Pcp-Cs estaria na origem da ideia de tempo. (Freud, 2011c/1924-1925, p. 247)

O sistema percepção-consciência na tópica freudiana é a divisão do aparelho psíquico mais próxima do mundo exterior. Não obstante, como Freud nos diz, ele opera a partir de certas condições, não é um simples receptáculo de estímulos. O tempo se dá, portanto, a partir de um modo peculiar de funcionamento (Freud, 2011c/1924-25). Esse modo peculiar de funcionamento é sua descontinuidade perceptiva. O sistema P-Cs é abastecido libidinalmente pelo Eu, pela parte do Eu que está situada topicamente na consciência. O Eu não investe energia no Pcp-Cs o tempo todo: assim que uma excitação é classificada, a transferência de energia cessa. Com isso, o funcionamento do sistema é interrompido e a consciência se extingue. Essas excitações são enviadas ao inconsciente, que é o local onde Freud situa a função da memória. Deste modo, consciência e memória se encontram em diferentes instâncias psíquicas.

Devido a essa descontinuidade do sistema Pcp-Cs é que a passagem de tempo no aparelho psíquico é instaurada. Nosso aparelho psíquico não é capaz de absorver todos os estímulos que chegam do mundo externo. Deste modo, o sistema Pcp-Cs possui duas camadas: uma cobertura protetora que reduz a força dos estímulos, e por detrás dela o sistema Pcp-Cs em

si (Gondar, 1995a). No âmbito da consciência, há uma forma abstrata do tempo, uma representação que é extraída do movimento descontínuo do sistema percepção-consciência. Portanto, para Freud, tratar do tempo não se refere ao tempo vivido, subjetivo. O tempo da consciência é um tempo abstrato, que tenta reproduzir um tempo cronológico, a partir de pontos descontínuos (Gondar, 1995b).

Percebemos que, assim como a morte, o tempo se relaciona ao inconsciente pela via da negatividade. A morte não se inscreve no inconsciente, tão pouco o tempo, pois o inconsciente é atemporal. Voltemos à constatação freudiana que não nos imaginamos mortais a nível inconsciente. Dizer de “pacientes terminais” é também uma forma de escamotear nossa própria mortalidade: parece que somente aqueles pacientes irão morrer, que seu tempo terminará, mas o nosso continuará intacto, continuaremos vivendo nosso tempo normalmente e indefinidamente. No entanto, a verdade é que todos nós somos “terminais”, pois eventualmente todos iremos ter nosso próprio encontro com a transitoriedade.

Miller (2000), considera o que Freud aborda n’A *Interpretação dos sonhos* (Freud, 2019a/1900), isto é, que o desejo inconsciente é indestrutível, e por consequência, que o inconsciente está sempre em atividade, e juntamente com as linhas do texto *O inconsciente* (Freud, 2010e/1915), defende que Freud tenta dar o estatuto de um ser real, de um objeto inalterável. Em relação ao tempo, nada ali é esquecido, as representações estarão ali eternamente. Surge o questionamento: se nada nele é modificado, o que justificaria a existência de uma análise? Argumentaríamos primeiramente que, se o inconsciente é imutável, poderíamos a princípio modificar a relação da pessoa com seu inconsciente. Nesta perspectiva, ao considerarmos o caráter atemporal do inconsciente, podemos pensar nele como sujeito suposto saber, como produto da sessão analítica.

No *Seminário 20* (Lacan, 1985d/1972-73), Lacan se utiliza de um jogo de palavras na língua francesa, em que discurso corrente (*discours courant*) se torna disco-corrente (*discourcourant*). Neste trecho, ele compara os discursos a um disco, que não cessa de rodar e que se coloca fora de campo, em um outro espaço. “É também o que se exprime no que chamei há pouco o discurso corrente. Escrevam assim: disco-corrente, discorrente, disco também fora de campo, fora do jogo de qualquer discurso, apenas disco por tanto - ele gira, ele corre, ele gira muito exatamente para nada” (Lacan, 1985d/1972-73, p.46).

Miller (2010a) se apropria desta metáfora do disco para dizer da relação do inconsciente atemporal: o disco, além de se situar fora do espaço, se situa também fora do tempo. Tudo ali está nele escrito, e está sempre girando, tocando o que nele é contido. Ao se tratar da sessão analítica, é como se a cada fim de sessão o disco parasse de tocar e na próxima voltasse a

funcionar normalmente. Assim, o inconsciente é regido pela repetição, onde as representações estão sempre se reproduzindo, se reiterando. Para o autor é muito difícil para nós subjetivar algo que está fora do tempo, e é por isso que temos como ferramenta a sessão analítica.

Nesta acepção, o inconsciente pode ser compreendido como um conjunto de elementos destemporalizados: frases, imagens, sons, situações, diversos elementos que são condicionados da vida do sujeito. Estes elementos irrompem inadvertidamente, sob a forma das formações do inconsciente. A sessão analítica comporta esta dupla dimensão, de colocar o sujeito em contato com esses elementos destemporalizados, mas ao mesmo tempo de permitir uma operação de “retemporalização”, porque é nesse contexto que o disco é escutado com atenção (Miller, 2010a).

É na temporalidade instaurada pela experiência analítica que é possível ter acesso a essa atemporalidade. Mesmo considerando o argumento de que Freud buscou oferecer um status de eterno ao inconsciente, percebemos, em consonância com Gondar (1995a) e com Le Poulichet (1995) que ele não o é. Primeiramente porque ele é único a cada sujeito, e que, a partir do *nachträglich*, ele é passível de rearranjos, ou seja, o inconsciente se atualiza pelas ações e elaborações do sujeito (Miller, 2000).

Ferrari et al. (2017) leem a atemporalidade freudiana do inconsciente como uma temporalidade que funciona de maneira circular, que se repete indefinidamente e se refere a satisfação libidinal que busca sempre se satisfazer e não se condiciona ao mundo externo, que opera sob a égide do tempo linear.

Os autores tomam como exemplo o filme *Uma odisseia no espaço* (Kubrick, 2001), dirigido por Stanley Kubrick em 2001. Nas cenas iniciais, notamos como os símios funcionam a partir de uma temporalidade circular. Todo dia ao amanhecer, o grupo realiza as mesmas operações, agem da mesma forma. Em comparação à atemporalidade, ali tampouco há presente, passado ou futuro. A situação muda quando um dos símios toma um fêmur como instrumento de luta. Com esse ato, produz-se um significante com o fêmur, dirigindo-se ao Outro, e também assim, fundando uma nova temporalidade. A partir daí, uma nova temporalidade, dessa vez linear, é instaurada. Assim, os autores propõem a existência de três temporalidades em análise, a (a)temporalidade circular do inconsciente, e duas temporalidades lineares, uma primeira que vai do passado em direção ao futuro – o tempo cronológico – e uma segunda, que vai do futuro em direção ao passado – a temporalidade que diz respeito às operações de retroação.

Pensar a temporalidade pulsional conduzirá, portanto, a combinar dois modos temporais distintos – um circular e um irreversível num único e mesmo tempo. Para Gondar (1995a), o tempo reversível seria o que considera uma simetria entre o antes e o depois, isto é, considera

tanto a dimensão progressiva ou regressiva. O tempo irreversível é assimétrico, considera apenas a configuração inicial dos fenômenos. Assim, a irreversibilidade do tempo diz também, por exemplo, dos rearranjos das representações inconscientes: quando um rearranjo ocorre, ele não pode ser desfeito. Quando um novo ocorrer, ele também não poderá ser desfeito. Isso nos sugere a imagem de um tempo pulsional em espiral, onde a repetição não conduz a uma mesmidade, e o recomeço se faz sempre a partir de um novo momento.

Destarte, o que extraímos dos ensinamentos freudianos sobre o tempo é que cada instância do aparelho psíquico funciona a partir de um modo temporal distinto. Mesmo tendo sua base diferente, não havendo complementaridade entre elas, cada uma faz referência a outra, a atemporalidade do inconsciente só faz sentido se pensarmos no modo como o tempo se dá na consciência. Cada um organiza – ou não – de maneira diversa o antes e o depois.

Assim, a atemporalidade do inconsciente não é tão absoluta como a primeira leitura de Freud aparenta. Este tempo que para Gondar (1995b) é um tempo real, de produção de sentidos, encontra conexão quando pensado junto ao tempo abstrato produzido na consciência. Percebemos que o inconsciente na verdade funciona sob uma modalidade temporal própria, que se relaciona intrinsecamente com o *a posteriori*. Na própria produção freudiana podemos ver os efeitos do tempo na relação com o inconsciente, como nos sujeitos histéricos, que sofrem de reminiscências, nos fóbicos, que lidam com o tempo ao evitar o confronto com os representantes da representação fóbica que lhe causam angústia, e com os obsessivos, que sempre pensam no momento do encontro com o objeto (Miller, 2010a).

Lacan no *Seminário I* (Lacan, 1983/1953-54) comenta sobre este fundamento metapsicológico, a partir de uma leitura de Hegel, que trabalha a noção de que o conceito é o tempo da coisa. Nesse sentido, para Lacan, o conceito adquire certa estabilidade “fora do tempo” mesmo diante da pluralidade da experiência. Lacan aponta o caráter paradoxal do estatuto do inconsciente atemporal, indicando a variedade das modalidades temporais que pode ser extraída desta constatação.

Encontramo-nos aqui no coração do problema do que Freud avança quando diz que o inconsciente se coloca fora do tempo. É e não é verdade. Ele se coloca fora do tempo exatamente como o conceito, porque é o tempo de si mesmo, o tempo puro da coisa, e pode como tal reproduzir a coisa numa certa modulação, de que qualquer coisa pode ser o suporte material. Não se trata de outra coisa no automatismo de repetição. [...] Se efetivamente o conceito é o tempo, devemos analisar a palavra por andares, procurar os múltiplos sentidos dela entre as linhas. (Lacan, 1983/1953-54, p. 276)

Nesta complexa relação, a partir da atemporalidade do inconsciente, suas manifestações podem ser trabalhadas em análise. No entanto, surgem em seu próprio tempo, pela sua pulsação

temporal. Este aspecto do funcionamento do inconsciente foi trabalhado por ele no *Seminário 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (Lacan, 1985c/1964).

Neste seminário, Lacan avança na construção do inconsciente estruturado como linguagem, aproximando o conceito de inconsciente com o conceito de pulsão, sendo agora entendido como uma hiância que vacila. A noção de hiância se torna inerente ao funcionamento do inconsciente. Nestas pulsações, algo se mostra, alguma manifestação escapa. “O inconsciente, primeiro, se manifesta para nós como algo que fica em espera na área, eu diria algo de não-nascido. Que o recalque derrame ali alguma coisa, isto não é de se estranhar” (Lacan, 1985c/1964, p. 30).

Nestas irrupções, algo tropeça. Traz consigo uma certa intencionalidade e, paradoxalmente, uma surpresa, com uma temporalidade que pode ser considerada infamiliar. As manifestações do inconsciente aparecem de forma descontínua e não cronológica, em pulsações, em algo que vacila em um corte do sujeito. O que ocorre neste nível é tão complexo que para Freud, a partir desta constatação, o que acontece a nível consciente perde seu privilégio.

Ao levar em consideração as características das manifestações que surgem no hiato dessa fenda do inconsciente, Lacan reafirma o estatuto ético do inconsciente, que diz da ética do desejo, discutida no subtópico *Antígona entre-duas-mortes* deste trabalho. Aqui ele reforça a questão do desejo na psicanálise, reiterando que este desejo, apesar de importante, é sempre limitado (Lacan, 1985c/1964).

A função do tempo é articulada com a hiância, isto é, o inconsciente funciona por uma pulsação temporal. Quando algo se esgueira – um lapso, um ato falho – se produz a surpresa, o estranhamento, e um efeito de verdade para o sujeito em análise. Isto faz com que a função significante seja inserida, fazendo com que o sujeito fale em análise sobre isto que apareceu subitamente e lhe trouxe tanto espanto. Será abordado na próxima seção como este efeito de verdade se atrela à operação de retroação.

A nassa foi a figura escolhida por Lacan para ilustrar a pulsação temporal do inconsciente. Ela é um objeto utilizado na pesca, uma espécie de cesto feito de vime, oblongo e afunilado, que se entreabre para capturar o peixe. O orifício da nassa representaria a abertura temporal hiante do inconsciente, que se abre e fecha no fundo. A nassa se destoa da figura do alforje, que para Lacan seria pensar o inconsciente como um reservatório de imagens, um sistema fechado, em que o acesso a seu interior só seria possível por fora. Como o inconsciente não é um conjunto fechado, como uma sacola cujo conteúdo podemos encontrar a essência ou

a substância, ele funciona a partir da pulsação de bordas, que são claudicantes em sua abertura (Lacan, 1985c/1964).

O material que se encontra no inconsciente está em uma outra cena e em um outro tempo, aproximando-se da atemporalidade do inconsciente. O inconsciente, portanto, se apresenta por meio de aberturas e fechamentos, de forma evanescente, a seu próprio tempo, é uma borda claudicante, uma pulsação que traz a experiência de escansão. Ele aparece nas falhas do discurso, descontínuo. Esse aspecto descontínuo se choca com a necessidade do saber médico de ter tudo ordenado e sistematizado temporalmente.

Diante desta discussão, nos questionamos: como a temporalidade própria do inconsciente pode se manifestar em um ambiente hospitalar, diante de um diagnóstico de doença terminal? E indo além disto, como se dá este surgimento na relação com o tempo do saber médico, que em seu funcionamento não considera a dimensão do sujeito?

2.1.3 B. urgência médica e emergência do sujeito

O próximo caso clínico que será discutido é o de B., uma mulher de 52 anos. Nesta passagem desdobraremos as consequências de um ato fortuito decorrente do corpo médico: a comunicação de um diagnóstico de maneira totalmente inadvertida, acarretando em efeitos iatrogênicos¹⁵. Com isso, é evidenciada a disjunção entre o tempo da medicina, que requer a urgência, e o tempo do sujeito, que busca emergir a partir de descontinuidades.

B. foi internada devido a uma fratura em seu pé. Sua demanda inicialmente era, portanto, ortopédica. Contudo, ela apresentava sintomas que não eram compatíveis com esta enfermidade. Com o consentimento de sua família, e sem que ela tivesse conhecimento da suspeita, foram realizados outros exames e descobriu-se um câncer de intestino já avançado, em estágio final. A família não queria que ela soubesse da condição. O médico responsável os advertiu da importância de começar o tratamento o mais rápido possível, mas respeitou a decisão dos familiares e seguiram tratando normalmente a fratura no pé. Essa situação persistiu por alguns dias.

Nota-se que a insistência da medicina não se manifestou no sentido de informar a paciente sobre sua condição, e sim na direção de iniciar o tratamento com rapidez. Quando se

¹⁵ Iatrogenia pode ser entendida como os efeitos adversos causados em uma pessoa a partir de uma intervenção médica, que contraria o mandamento primordial de Hipócrates de não fazer dano ou mal a ninguém. Este dano pode se dar a partir de um equívoco, omissão, negligência, imperícia ou até mesmo desconhecimento do profissional. É um termo pertencente ao campo médico mas encontra na interface psicanálise e hospital interessantes interlocuções (Pujó, 2002).

dirige a um paciente, o médico tem em mente a pessoa saudável que voltará a existir a partir de seu tratamento, não a pessoa doente ali presente. Na verdade, para o discurso médico, o doente é o território em que a doença, objeto deste discurso, se manifesta. O discurso médico divide o sujeito em duas partes: homem e doença. É da estrutura do discurso médico não contabilizar a subjetividade e o gozo existentes nas relações dentro do hospital (Clavreul, 1983).

O médico responsável por B. entra de férias, e ele repassa os casos que atende a uma outra médica, que os acompanharia durante seu período de descanso. Ele transmite os detalhes do quadro de B., contudo, não comunica à colega o fato de que a paciente ainda não tinha conhecimento de seu câncer. Durante a primeira visita a paciente, a nova médica responsável desavisadamente comenta dos exames relacionados ao câncer de forma corriqueira. B. então se exalta, diz que a médica está se confundindo. A família, presente no momento, se constrange. Ela começa então a chorar e gritar, chamando a atenção da equipe de enfermagem.

O fato ocorreu durante o fim de semana, momento em que o analista não estava no hospital. Na segunda-feira, recebo o pedido para avaliação psicológica de B. A equipe multidisciplinar me diz que ela já estava tranquila, *estranhamente* tranquila. Como uma pessoa que acabou de receber um diagnóstico tão grave estaria tão calma? No entanto, contraditoriamente, negava à equipe os cuidados em relação ao câncer.

Toda esta situação nos remete a um conceito freudiano primordial, o desamparo. Como abordado no decorrer deste trabalho, estar doente reativa a existência da castração. Junto com ela, é resgatada a dimensão do desamparo, que é a posição subjetiva característica na prática hospitalar (Rocha, 2007). Para Negro (2008), tratar a angústia sentida pelos pacientes na clínica da terminalidade como desamparo, ainda que ele apareça clinicamente nas mais variadas formas, é metapsicologicamente mais adequado. Assim, na teoria da angústia, tem-se o desamparo como o protótipo de uma situação traumática. O conceito foi desenvolvido por Freud durante toda sua obra: ele está no *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1990/1895), quando aparece no contexto do desamparo originário, presente no psiquismo antes dele ser inserido na dimensão simbólica, ou seja, quando ele opera pelo circuito alucinatorio. Está também em *O futuro de uma ilusão* (Freud, 2014b/1927), em que é entendido em uma dimensão estrutural da subjetividade humana.

No âmbito hospitalar, abordar o desamparo é considerar que diante do Outro não há algum recurso que seja totalmente possível. O sujeito está diante do irreduzível, do irremediável, é viver a castração, é ser defrontado com a falta simbólica para lidar com isso (Negro, 2008). No hospital, o sujeito está novamente exposto ao desamparo, mas dessa vez não pelo circuito

alucinatório, e sim através de seu fantasma, pelos seus efeitos imaginários, mas também pela via significativa (Rocha, 2007).

A angústia, o desamparo sentidos nos casos apresentados se referem também ao que os pacientes antecipam da morte, isto é, sobre a iminência de um encontro que ainda não se concretizou temporalmente. Cabe apontar que tudo isso não envolve somente a morte fisiológica, vai além dela. Quando o desamparo advém, o encontro com o real faz com que os mecanismos de defesa – negação, denegação, etc. – caiam. Para Doucet (2005), a angústia vem também da posição de espera que se instaura, que foge a seu controle, pois o sujeito se depara com o enigma do desejo do Outro. Foi o que ocorreu com B. ao receber repentinamente a notícia do diagnóstico de câncer. Sentiu-se desamparada frente ao mundo que lhe cercava. Como todos sabiam sobre sua situação, menos ela? O confronto direto com o real da morte assomou-se junto a um sentimento de solidão frente ao laço social.

No primeiro atendimento, dirijo-me a seu leito e ela se mostra receptiva a minha presença. Relata, sorrindo e calmamente, que entende que tem um câncer grave, mas que estava ali para tratar de seu pé e era isso que ia fazer. Após a finalização desta etapa, iria cuidar do câncer que a acometia. Com essa fala, surgiu outra demanda advinda da equipe: que eu a convencesse a aderir ao tratamento, pois o câncer estava avançando muito rápido. O cenário se inverteu rapidamente: de uma situação em que ela não sabia de nada sobre sua doença, passamos para outra em que ela deveria elaborar rapidamente o fato de que estava com câncer e aceitar tratar-se.

A ordem médica, discurso dominante em um hospital, tem importante influência em nossas vidas: ela está ali quando nascemos, pois geralmente nascemos em um hospital, e estará ali quando morrermos, pois hoje a maior parte das mortes ocorrem nos hospitais. Ela é incontestável, não precisa ser demonstrada: detém o saber sobre o que é melhor para os corpos, buscando sempre a saúde, um Bem que diga o que o homem deve ou não fazer, e que deve sempre seguir. A equipe de saúde é quem sabe o melhor para sua saúde, para seu Bem. Caso o paciente não concorde, é sinal de loucura da sua parte. *Curiosamente*, se for loucura, o discurso médico tratará dela também. Não é possível desvencilhar-se da ordem médica, principalmente em uma instituição hospitalar. Para Rocha (2007), o médico enquanto operador de discurso torna opaca a diferença entre o significativo e o significado: tudo o que ele diz, é unívoco, não pode ser contestado.

É nesse contexto que o analista se insere com seu discurso, causando desencontros estruturais nessa relação. Lacan (2001/1966) afirma que o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial. Do ponto de vista da medicina, a psicanálise está à margem, pois é

vista como uma ajuda exterior, figurando como um assistente terapêutico. Os psicanalistas consideram a psicanálise como extraterritorial à medicina.

Contudo, a partir dos efeitos terapêuticos da psicanálise, que existem mas não são o foco principal do tratamento analítico, cada vez mais o corpo médico tem dado importância à atuação do analista nos hospitais (Clavreul, 1983). Sobre os efeitos terapêuticos, Miller (2008) salienta que, apesar de eles não serem o foco de nosso trabalho, temos que colocá-los em maior evidência em nossas discussões. Isso é justificado tanto para entender melhor como a análise funciona quanto para proteger a psicanálise de críticas a seu método.

No entanto, é importante ressaltar que não devemos atender necessariamente a demanda que chega a partir da equipe multiprofissional. Não é nossa atribuição convencer um paciente a aderir ou não a um certo tratamento. Pode ser que esse efeito terapêutico surja a partir de nossa intervenção, mas este não é o objetivo. Assim, acolhemos a demanda que nos chega, mas não devemos respondê-la sem antes entender o que está por trás de seu enunciado.

Como veremos mais adiante nesta dissertação, Lacan (1998a/1945) nos diz que se pode passar do instante de ver para o momento de concluir rapidamente, sem se demorar no tempo de compreender. B. naquele instante passou diretamente ao momento de concluir, chegando à últimação de que “depois” lidaria com o câncer.

Assim, o analista instaurou uma passagem de tempo, introduzindo o tempo de compreender, passando a atendê-la diariamente. Além de atender B., realizei acompanhamento também com sua família, que estava angustiada e se sentia culpada por não ter contado a verdade antes a ela. Quatro dias depois, entro na enfermaria e a vejo chorando. Ela então me relata de sua preocupação com o câncer. Importantes questionamentos surgem: se ela iria sobreviver, e o que aconteceria com sua família caso ela morresse. A partir desse momento, B. toma a decisão de iniciar o tratamento oncológico.

O tempo da medicina remete ao comentário de Lacan de que o mestre quer que as coisas andem (Lacan, 1992b/1969-70). Ali, há sempre uma pressa envolvida. E é desta maneira que o saber médico deve operar: ao se deparar com um indivíduo com uma parada respiratória, não há muito tempo para pensar. Por isso, a medicina segue protocolos, etapas que se organizam passo-a-passo, ou seja, em uma ordem cronológica. Existe sempre uma continuidade, se o paciente apresenta tal sintoma, tal medida deve ser tomada. Há o instante de ver e logo há o momento de concluir, não incluindo o tempo de compreender. O tempo caracterizado pela urgência médica se mostra fechado, não há muita abertura para o novo, ou o estranho. Viu-se e conclui-se.

O tempo interessa à psicanálise justamente no ponto em que a medicina não alcança, enquanto articulado à dimensão do sujeito. Para os analistas, a cronologia ou um protocolo a ser seguido não são prioridades. Como discutido no subtópico anterior, Freud e Lacan, as suas próprias maneiras, mostraram como o tempo do inconsciente se dá a partir de descontinuidade, seja ela entendida como a relação entre a atemporalidade do inconsciente e o tempo consciente construído a partir do sistema Pcp-ps ou pelo inconsciente que pulsa, que se abre e se fecha em seu próprio tempo.

No caso apresentado, B. desafia a urgência médica, não seguindo sua cronologia (sintomas → diagnóstico → tratamento). Ela vai pelo sentido contrário, descobre o câncer, para então voltar-se ao problema de seu pé. Grita, chora, mas então fica calada, tranquila, e começa a negar atendimentos. Esta descontinuidade quebra a lógica do saber médico, pois não implica necessariamente uma cronologia.

O sujeito tem seu próprio tempo para elaborar suas questões (e diagnósticos), e neste caso a urgência do discurso do mestre para iniciar o tratamento paliativo rapidamente não teve um efeito imediato em B. Sua subjetividade resistiu em um ambiente ordenado por esse discurso. Ao lidar com o sujeito do inconsciente, trabalhamos com uma outra temporalidade. O inconsciente não quer saber nada do homem apressado, celebra seu ofício a sua própria hora (Guéguen, 2010).

2.2 AS DUAS TEMPORALIDADES EM ANÁLISE

Nesta seção trataremos de outro aspecto temporal que muito interessa à psicanálise: a retroação. Foi um tema que, ainda que nem sempre tendo um destaque efetivo no campo psicanalítico, está presente por toda sua extensão, sendo abordado através de diversas nomeações, como *nachträglich* e *a posteriori* nas discussões freudianas e *après-coup* por Lacan. A noção de retroação evidencia que na história do sujeito, não somente o passado tem efeito no presente, mas também o contrário sucede, constituindo-se assim duas linhas temporais distintas: a do passado que vai em direção ao futuro, e a do futuro que presentifica o passado.

Inicialmente, faremos um breve percurso sobre o tema em Freud, recorrendo a textos primordiais para o desenvolvimento do conceito, como *Estudos sobre a Histeria* (Freud, 2016/1893-95), *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1990/1895), as Cartas 52 e 69 (Freud, 1996a/1896, 1996b/1897) escritas a Fliess respectivamente em 1896 e 1897, o caso do Homem dos Lobos descrito em *História de uma Neurose Infantil* (2010c/1918), até o final de sua obra, em *Construções na Análise* (2018/1937). Buscamos evidenciar a progressão do uso

do conceito, que inicialmente é voltado à teoria do trauma, mas se expande ao processo de formação dos mecanismos inconscientes e na prática clínica do analista.

Após essa incursão, abordaremos a função do conceito *après-coup* na obra lacaniana, noção que resgata importantes aspectos da operação de retroação, isto é, não somente o efeito de ressignificação, mas também o efeito do corte (coup) que advém do acontecimento traumático. Por fim, apresentaremos o fragmento de um caso clínico que envolve a questão. É o caso de N., uma mulher de 91 anos que, diante da iminência da morte, se vê às voltas com um evento de seu passado, e busca ressignificá-lo no campo da transferência.

2.2.1 Construções retroativas

Como discutido na seção anterior, Freud não tratou diretamente em sua obra sobre a questão do tempo, apesar de ter desenvolvido importantes contribuições sobre o tema. Sua noção de *nachträglich* ou *a posteriori* não foi devidamente sistematizada em sua vasta produção. A palavra *nachträglich* é um termo recorrente na língua alemã e pode significar tardiamente ou posteriormente, e Freud a utiliza em seus textos sem havê-la definido precisamente. Ela foi apresentada de maneira lateral em textos que tinham como objetivo principal dizer de outras questões da teoria psicanalítica (Gondar, 1995a).

Nachträglich é um termo utilizado por Freud no sentido de conceber a temporalidade e causalidade do aparelho psíquico. Laplanche e Pontalis (2004) dividem os diversos usos que Freud faz do *a posteriori* em três importantes grupos, a saber: a) o modelo do trauma constituído em dois tempos, rearranjado a partir de experiências posteriores ao primeiro evento; b) o rearranjo que pode ser acelerado pelos acontecimentos na vida do sujeito ou pelo próprio processo de maturação do aparelho psíquico, acarretando em novas ressignificações; e c) o desenvolvimento da sexualidade abre vias para o *nachträglich*, visto que ela deixa em seu caminho lapsos temporais, propensos a serem reelaborados, preenchidos.

Freud trata do termo *nachträglich* pela primeira vez nos *Estudos sobre a Histeria* (Freud, 2016/1893-95), no caso de Elisabeth von R., em 1893. Na tradução em português utilizada nesta dissertação, realizada pela Companhia das Letras, tem-se a expressão traduzida por “ab-reação posterior” (Freud, 2016/1893-95, p. 236). Neste caso, Freud busca articular a predisposição para a histeria em momentos que aparentemente não haveriam motivos para seu surgimento.

Aqui, tratamos de alguém que exerceu o ofício de cuidadora de enfermos graves. Aproximadamente 125 anos depois da publicação do texto, ainda vemos situações em que

peessoas dedicam suas vidas a cuidar de outras por um longo tempo. Nos fragmentos de casos expostos nesta dissertação nos deparamos, ainda que não seja nosso escopo de análise, com familiares que assumiam a posição de cuidar dos pacientes o dia todo durante semanas e com as consequências que isso lhes causava. Freud (2016/1893-95) aponta efeitos que os cuidadores podem sentir, como negligência do cuidado de seu próprio corpo e sono interrompido. Contudo, o principal efeito descrito é reprimir seus próprios afetos em detrimento do cuidado do paciente.

No relato desenvolvido por Freud, o pedido de atendimento veio por meio de um colega médico. Elisabeth von R. tinha 24 anos e sentia dores nas pernas e dificuldade para andar, com uma hipótese diagnóstica de histeria. A jovem cuidou por muito tempo de seu pai que tinha uma doença cardíaca crônica. Após a morte dele, sua mãe foi quem necessitou dos cuidados da filha ao passar por uma cirurgia nos olhos. Acrescentando-se ao histórico de familiares doentes, também perde sua irmã, logo após ela ter dado à luz. Aproximadamente dois anos após a morte do pai, as dores nas pernas apareceram.

Freud (2016/1893-95), ao ouvir pela primeira vez o relato da história da paciente, sente-se decepcionado, pois aparentemente sua história pregressa não justifica a manifestação da histeria. Contudo, percebe que os afetos sentidos por Elisabeth durante todo esse período ficaram presos, recalçados, esperando uma oportunidade para se manifestarem.

Quando se cuida de uma pessoa de maneira integral, por um longo período de tempo, como semanas ou até mesmo anos, é natural que o cuidador reprima suas próprias emoções em detrimento do ofício de cuidar do paciente. Freud chama esse processo de “histeria de retenção”. Após o fim dos cuidados, seja ele devido à cura ou ao óbito do paciente, há um breve período de exaustão, e então esses afetos voltam com muita intensidade.

Os afetos em questão envolviam um jovem rapaz, com quem Elisabeth conversava durante o período em que cuidava do pai e por ele nutria fortes sentimentos. Ele a acompanhava até sua casa, e era bastante atento aos conselhos dados pelo pai de Elisabeth. Um dia, demorou-se na companhia do rapaz e ao chegar em casa viu que o quadro do pai se agravara, o que a fez se sentir culpada. Houve outros momentos em que ela observava suas irmãs, casadas e desejava também ser feliz, e não estar só. Cabe apontar que, na língua alemã, a expressão estar só é homônima a estar de pé.

Observa-se, portanto, os efeitos *a posteriori* que afetos retidos em um outro momento da história do sujeito podem lhe causar no presente. Estes afetos ficaram em segundo plano por muito tempo devido ao cuidado do pai, da mãe e pelo luto da irmã. Após seu encerramento, em um segundo tempo, puderam finalmente se manifestar. Contudo, é importante ressaltar que o *a posteriori* não envolve apenas uma descarga atrasada de energia psíquica que se acumula,

envolve também o trabalho do aparelho psíquico através de operações como o recalque e a resistência. Como Freud (2016/1893-95, p. 313) nos diz, “o histérico sofre sobretudo de reminiscências”.

Na famosa *Carta 52* (Freud, 1996a/1896), escrita a Fliess em 6 de dezembro de 1896, aparece no *nachträglich* uma consistência temporal devidamente formalizada. Ali, Freud descreve o processo em que inscrições mnêmicas existentes a nível inconsciente que não estão a princípio dotadas de significação podem ter um valor traumático adquirido em um tempo posterior. Nesse ponto da obra freudiana, esses rearranjos de memória acontecem devido aos estágios de desenvolvimento do aparelho psíquico e com o advento de diferentes experiências na vida do indivíduo. O movimento retrospectivo reformula o “antes”. Freud escreve:

Como você sabe, estou trabalhando com a hipótese de que nosso mecanismo psíquico tenha-se formado por um processo de estratificação: o material presente sob a forma de traços mnêmicos fica sujeito, de tempos em tempos, a um rearranjo, de acordo com as novas circunstâncias — a uma retranscrição. Assim, o que há de essencialmente novo em minha teoria: a tese de que a memória não se faz presente de só uma vez, e sim ao longo de diversas vezes, e que é registrada em vários tipos de indicações. (Freud, 1996a/1896, p. 208)

O reordenamento das inscrições psíquicas não se daria apenas em dois tempos, um antes da puberdade e outro após ela. Freud postula algumas fases psíquicas, em que com o advento de cada fase nova há uma reinscrição, uma tradução dos rearranjos anteriores. Essas produções anteriores perdem todo seu valor excitatório no momento em que são traduzidas. Se não há uma transcrição, se ela falta, as leis da fase psíquica anterior a seguem comandando. Quando há uma falha nesta tradução, ocorre o recalque, pois essa falha traz consigo desprazer ao aparelho psíquico. Freud sugere que mecanismos de defesa patológicos, isto é, o recalque, só são acionados com os traços de uma fase anterior que não foram traduzidos (Freud, 1996a/1896).

Na carta, que se encontra sobre o paradigma da teoria da sedução, Freud aponta que o aspecto *essencial* da histeria é a perversão do sedutor. Para o autor, haveria uma alternância nas gerações, sendo esta entre a perversão e a histeria (ou a esterilidade). É possível também que o perverso se torne histérico mais adiante em sua vida. Nesse sentido, “a histeria não seria a sexualidade repudiada, mas a perversão repudiada” (Freud, 1996a/1896, p. 213).

O passado nunca é estável, ele é recriado permanentemente a partir de ressignificações. Partindo da carta é possível notar como neste momento a visão de Freud sobre a temporalidade se faz a partir de cortes retroativos. Deste modo, novas circunstâncias rearranjarão o material já presente no inconsciente. Há uma constante criação e recriação deste material, ele nunca está estático no sistema inconsciente.

Essa perspectiva abre novos caminhos para a análise. O passado já não é tido como fixo, possuindo um papel definitivo na história do sujeito. Ao analista é mais importante o que o paciente reconstrói desse passado a partir da contingência do presente sob a égide da transferência. Assim, para a psicanálise seria possível recriar um passado, ressignificá-lo. A noção de temporalidade para a psicanálise não se trata de uma situação de linearidade fixa entre o passado e futuro. O passado não é algo imutável que terá como consequência os momentos presente e futuro. Ao saber de um diagnóstico de doença terminal, o paciente pode retomar seu passado e reconstruí-lo, como buscar resolver um conflito que leva consigo a anos. Percebemos que a iminência da morte pode produzir um efeito de presentificação do passado: diante de uma perspectiva de ausência de futuro, o sujeito retoma significantes e situações importantes do decorrer de sua vida.

Portanto, a noção de *nachträglich* foi inicialmente trabalhada atrelada à abordagem freudiana do trauma. A partir dos ensinamentos de Charcot, Freud desenvolve sua teoria sobre as neuroses traumáticas na década de 1890. Naquela época, Freud argumentava que os acontecimentos responsáveis pelo trauma em um sujeito eram de cunho sexual, e envolviam experiências infantis. Isso se dava porque em seu desenvolvimento, o aparelho psíquico não conseguia codificar essas excitações. Assim, o traumático não consiste no acontecido em si, mas sim em sua lembrança. A formação do trauma se dava em dois tempos não lineares: o primeiro em que a criança passa por um acontecimento no campo sexual, sem codificá-lo como tal, e um segundo, durante ou após a puberdade, em que um outro acontecimento por meio de um traço associativo traz à tona o primeiro (Gondar, 1995a). No paradigma da teoria da sedução, a base da fantasia histérica ocorre a partir de um evento real.

O caso Emma, discutido no *Projeto para uma psicologia científica*¹⁶ (1990/1895) é emblemático para ilustrar essa configuração. Neste texto Freud utiliza a variação *nachträglichkeit*, que envolve o movimento de uma ação retrospectiva. Emma é uma jovem que não consegue entrar em lojas sozinhas. Para Freud, ela é “dominada por esta compulsão” (1990/1895, p. 271). A garota recorda um evento que ocorreu quando tinha doze anos, quando entrou em uma loja e viu dois vendedores rindo dela. A partir desta ação os vendedores, Emma foi tomada por um afeto de susto. Contudo, para Freud, exímio investigador, essa lembrança por si só não explicava o sintoma atual de inibição ao entrar em lojas. No decorrer do

¹⁶ Interessante notar que o próprio anúncio do texto *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1990/1895), se deu *a posteriori*, em dois tempos distintos. Ele foi escrito em 1895 e resgatado entre cartas esquecidas de Freud cerca de 50 anos mais tarde. Sua leitura é bastante rica tendo em vista como importantes conceitos psicanalíticos desenvolvidos por Freud encontram seus germes nessa produção, incluindo neles o *nachträglich*.

tratamento, surge uma lembrança anterior: aos oito anos, Emma foi a uma confeitaria comprar doces e foi assediada fisicamente pelo proprietário do estabelecimento. Ainda assim, retornou ali por uma segunda vez. Ao tomar consciência da segunda ida, a garota passou a se recriminar pelo ato.

Assim, é estabelecido que, a partir de uma cena ocorrida em segundo lugar cronologicamente, ressignifica-se a primeira. O traço associativo das duas cenas foi o riso dos vendedores em ambas as ocasiões. Na segunda cena, após ter passado pela puberdade, e, portanto, já consciente da significação de um ato de assédio físico, Emma foi tomada pela angústia, pelo susto e saiu da loja sem que nada tenha de fato acontecido. O pai da psicanálise nos diz que o que há mais perturbador em um trauma sexual é a liberação do afeto.

Ainda que de maneira inconsciente, a partir deste ato a primeira cena foi ressignificada pela segunda. Freud aponta que esse é o tipo de recalçamento típico da histeria, que ocorre por uma *ação retardada*, que só pode ser retomada devido à liberação sexual que ocorre na puberdade. Esta é um exemplo de sua famosa teoria da sedução, que coloca a primeira cena da constituição do trauma com um caráter sexual, como um abuso ou um assédio sexual. Em suas elucubrações naquele momento, o recalque se forma a partir de duas cenas, sendo a primeira cena de conotação sexual, ocasionada pela sedução de um adulto. Essa cena ocorre em um momento em que a criança não tem o aparelho psíquico desenvolvido para codificar essa cena como sexual. A primeira cena adquire um caráter sexual ulteriormente através da segunda cena.

Deste modo, após o advento da puberdade, a partir de uma segunda cena, a primeira agora é remodelada e torna-se traumática. Cabe apontar que na *Carta 52* (Freud, 1996a/1896) Freud chega a estipular uma idade em que esse primeiro evento ocorre na criança, sendo entre um ano e meio e quatro anos na histeria, entre quatro e oito anos na neurose obsessiva e entre oito e catorze anos na paranoia.

Para Gondar (1995b), o *nachträglich* apresenta um importante paradoxo: o acontecimento que vem cronologicamente em segundo lugar não tem o efeito por si só de evocar o trauma. Tampouco tem esse poder o primeiro acontecimento traumático. Sua produção de efeito traumático só se dá na combinação entre os dois. E o efeito de combinação entre os dois não se refere à cronologia, passa por outro ponto de conjunção. O que existe é uma articulação lógica entre os dois acontecimentos que diz de causa e efeito. E a contribuição freudiana nos ensina que a delimitação da causa e do efeito só se dá *a posteriori*.

Vale salientar que esse é um esquema que visa simplificar a ação do *nachträglich*, mas temos que considerar outro relevante aspecto de funcionamento do inconsciente apontado por Freud: a sobredeterminação dos eventos. Ao aplicá-lo no *a posteriori*, constatamos que a

relação de causa ou efeito não se limita a dois acontecimentos, em que podemos encontrar a origem de um trauma. Tendo em vista a sobredeterminação, multiplica-se a articulação entre as representações e se torna impossível achar a origem. Chegamos ao ponto estrutural, em que entendemos que o sexual é o traumático. Não há uma origem específica para o trauma (Gondar, 1995b).

Freud comunica o abandono da teoria da sedução em 21 de setembro de 1897, na *Carta 69* (Freud, 1996b/1897) a Fliess. No escrito, Freud confessa que a ideia já o rodeava há alguns meses, e sentencia: “não acredito mais em minha neurótica” (Freud, 1996b/1897, p. 265). Ele percebe que não é possível que todos os pais – incluindo o seu próprio – sejam tão perversos quanto as lembranças revividas em análise mostram. Nessa acepção, haveria mais perversos no mundo do que histéricos. Freud constata que no inconsciente verdade e ficção se confundem, se misturam, por isso não necessariamente todas as lembranças traumáticas poderiam haver ocorrido na realidade.

O autor coloca seus próprios afetos em jogo: estava em bom estado emocional, não estava fraco, depressivo. Portanto, ele poderia considerar essa conclusão não como um fracasso, mas como um avanço na teoria psicanalítica, que a levaria a novos lugares. Ele sente com esta constatação um sentimento de vitória, não de derrota. A partir daí, surge um giro em sua obra e ele passa a considerar o papel da fantasia na origem dos sintomas neuróticos. Apontamos a existência de duas correntes temporais: além da retroação, tem-se uma linha do tempo progressiva, que vai do passado em direção ao futuro, representada pela repetição da fantasia através dos acontecimentos contingentes na vida do indivíduo.

Mesmo com essa virada teórica, o *a posteriori* segue sendo um artifício utilizado por Freud. O termo aparece novamente na *História de uma neurose infantil* (Freud, 2010c/1918[1914]), em 1918, no caso do Homem dos Lobos, Sergei Konstantinovitch Pankejeff. O paciente é um aristocrata russo que busca Freud para tratar suas fobias, pesadelos e sintomas depressivos, que começaram a se manifestar aos seus dez anos. O tratamento dura muito tempo e Freud toma a decisão terapêutica de situar um momento de concluir na análise. Após esse primeiro corte, o Homem dos Lobos retorna para Rússia. A revolução russa então acontece e ele perde tudo o que possuía. Após esses eventos, busca Freud novamente, apresentando outros sintomas. Freud então o encaminha a uma discípula psicanalista.

O nome dado ao caso se refere a um sonho de angústia que o paciente teve aos quatro anos: a janela de seu quarto abre, e através dela ele vê vários lobos sentados em uma grande noqueira, uivando para a lua. Com medo de ser devorado por estes lobos, Sergei lembra

permeado pela angústia. Freud interpreta a figura do lobo como seu pai, que estabelece a lei, mas que também o pode devorar (Freud, 2010c/ 1918[1914]).

Freud discute no longo e denso relato importantes pontos para o campo psicanalítico, como a fantasia originária, o trauma e as cenas primárias. Com um ano e meio de idade, o Homem dos Lobos havia visto seus pais transando. No entanto, devido a sua idade na época, o sonho não foi simbolizado, elaborado. A reconstrução desta cena em análise se dá no modo da retroação, em dois tempos. Em outras palavras, pela reatualização em forma de sonho e posteriormente pela análise realizada com Freud. O autor discorre:

Não devemos perder de vista, mercê da abreviada exposição do texto, a situação real de que 25 anos depois o analisando empresta, às impressões e impulsos dos seus quatro anos, palavras que naquele tempo não teria encontrado. Negligenciando-se tal advertência, pode facilmente parecer cômico e inverossímil que um garoto de quatro anos fosse capaz de tais juízos objetivos e pensamentos cultivados. Este é simplesmente um segundo caso de efeito *a posteriori*. Com um ano e meio a criança recebe uma impressão a que não pode reagir o bastante, só a compreende, só é comovido por ela na sua revivescência aos quatro anos, e somente na análise, duas décadas depois, pode apreender, com sua atividade mental consciente, o que ocorreu então dentro de si. (Freud, 2010c/1918[1914], pp. 62-63)

Portanto, é possível identificar o mecanismo do *a posteriori* em dois tempos distintos: o primeiro na reatualização da cena originária que acontece em forma de sonho, e na manifestação dos sintomas fóbicos, ou seja, entre um ano e meio e quatro anos. O segundo efeito do *nachträglich* seria no próprio momento da análise, que ocorre entre seus vinte e quatro e vinte e oito anos. É possível identificar, portanto, que tanto a análise quanto o sonho se mostram como meios de reconstruir traços psíquicos *a posteriori*.

Em *Construções na Análise* (2018/1937), Freud trata desta dimensão focando a clínica do analista. Para isso, ele recorre à bastante conhecida metáfora do arqueólogo. O ofício do analista se assemelha ao do arqueólogo, pois, enquanto um reconstrói terrenos antigos ou enterrados, o analista reergue lembranças a partir de fragmentos clínicos. O arqueólogo, contudo, não restaura o objeto em sua totalidade pois suas partes se perdem, são destruídas. O analista, por sua vez, pode recorrer às repetições que se operam em análise para – *a posteriori* – recuperar o que há de essencial ali.

No entanto, essa comparação só se sustenta ao constatarmos que enquanto a reconstrução é o objetivo do trabalho do arqueólogo, ela é apenas um trabalho preliminar para o analista. Não somente restauramos o que pode estar perdido, mas o que ocorre é a reconstrução, o rearranjo de todo o material. O analista coloca o paciente a trabalho para que ele possa “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais

corretamente, construí-lo” (Freud, 2018/1937, p. 276). Na clínica da terminalidade, alguma cena passada pode se reatualizar no presente ou algum ponto faltoso na história do sujeito pode surgir como demanda de análise, como algo que ele sempre quis saber mas nunca conseguiu elaborar.

Portanto, este mecanismo do psiquismo na obra freudiana não é somente encontrado no campo do trauma, ele se expande para outros temas. Todo o processo de recalque e, conseqüentemente do funcionamento do inconsciente pode ser entendido a partir do *a posteriori*. Assim como o trauma é decodificado a partir da lembrança advinda de um segundo acontecimento, o recalque também só é percebido a partir de um segundo momento cronológico, o retorno do recalcado. Só se verifica a existência do processo de recalque a partir de suas formações, como os atos falhos, chistes e sintomas (Gondar, 1995a).

Na prática clínica, o *nachträglich* se mostra como um presente que dá sentido ao passado retroativamente. Isso implica uma passagem do tempo, que aqui não é linear progressiva, ou seja, não vai somente do passado em direção ao futuro. Deste modo, a ideia de causalidade do passado sobre o presente e sobre o futuro não se sustenta. A dinâmica do *a posteriori* se contrapõe ao tempo que não passa, e evidencia a face do tempo que se transforma. Durante os fragmentos de casos apresentados nesta dissertação, evidenciamos a potência deste tempo de transformação, como, dentro das possibilidades institucionais, clínicas e psíquicas, os sujeitos desejam e conseguem construir algo a partir da pressa advinda de seu diagnóstico de doença terminal.

2.2.2 O que vem após o corte

O próprio conceito do *a posteriori*, assim como seu modo de funcionamento, foi desenvolvido também em dois tempos: primeiramente por Freud, e sessenta anos depois por Lacan, que retoma a noção com o nome adaptado ao francês, *après-coup*. “O tempo da teoria é como a própria noção, é o tempo de uma construção em dois episódios. Lacan exuma o que ficou enterrado, esquecido, perdido ou passou despercebido neste intervalo” (André, 2008, p. 140).

A utilização do termo em francês é interessante porque aborda o fenômeno como algo fluido, não há um presente que modificará o passado de maneira fixa. Ele privilegia as escansões, a relação intrínseca que existe entre o que se entende por presente e por passado nesta relação, em que ocorre uma produção de uma história em movimento. O presente não causa o passado nem vice-versa, a lógica causal não funciona: eles estão sempre interligados.

Um não existe sem o outro. O *après-coup* não é somente uma sucessão de etapas, ele condensa o passado e o presente. Ao se deparar com a pergunta: “O que causa o trauma, o presente ou o passado?”, ele não a responde, mas a revoga.

A noção também traz à tona a dimensão do corte (*coup*), evidenciando que o *a posteriori* ocorre por meio de escansões, que modulam a fala, e que não dizem necessariamente de uma cronologia. As formações do inconsciente, que advém do inconsciente pulsante, não se dão com o objetivo de completar as lacunas mnêmicas cronologicamente. É por meio do corte, que traz consigo o trauma, o estranhamento e o constrangimento de quem fala é que o *après-coup* opera. É um trauma sofrido depois, como é possível observar nas análises dos casos de Emma, do Homem dos Lobos e dos casos desenvolvidos neste trabalho.

Ainda que o *après-coup* se relacione a um componente traumático, ele não se encaixa ao modelo de trauma em dois tempos, em que o evento traumático se encontra no passado do sujeito e há um segundo tempo que ocorre posteriormente. É sabido que esse modelo que visa simplificar o mecanismo do trauma nem sempre faz sentido, pois a “experiência analítica nos ensina pelo menos uma coisa: o infantil não tem idade e os golpes internos também não” (André, 2008, p. 154). Dizemos mais da dimensão estrutural do trauma na constituição subjetiva do que da construção de um modelo de trauma em dois tempos, ou como Freud realizou no início de sua obra, em um trauma conjugado com as etapas do desenvolvimento. Se pensarmos nos dois tempos do trauma, como a fórmula freudiana, não necessariamente o primeiro tempo ocorrerá na infância.

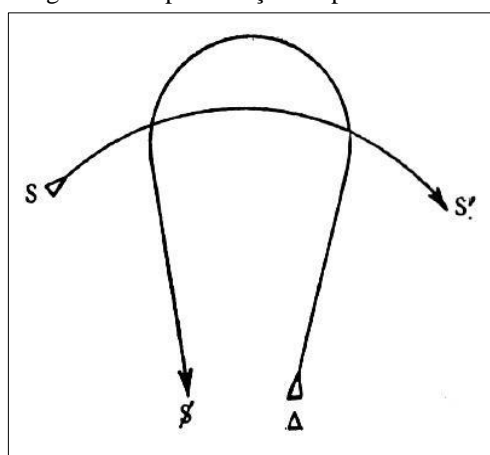
André (2008) aponta que falar de *après-coup* em Lacan não é apenas uma releitura da noção de ab-reação. A ab-reação é um conceito que Freud relaciona aos registros dinâmicos, econômicos e tópicos, o que não pode ser feito da mesma forma com o *a posteriori*. Para o autor, o *a posteriori* está relacionado majoritariamente à dimensão econômica, em outras palavras, está relacionado à quantidade. A ab-reação é uma descarga de afetos que responde à cronologia linear, à causalidade mais simplista que muitas vezes tenta-se impor ao *après-coup*. Contudo, como vem sendo discutido, este não se encaixa nessa lógica causal.

Foi com Lacan em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1998c/1953), no início de sua obra, que a temporalidade presente em *nachträglich* foi difundida pelos psicanalistas pós-freudianos. Neste texto, o *après-coup* é tratado no contexto em que é articulado o significante com o tempo para compreender o sujeito. Lacan não apenas retorna a Freud, mas também demonstra as influências da fenomenologia, como Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty (André, 2008). Contudo, é possível perceber como neste momento

privilegia a reintegração do passado do *a posteriori*. Há um maior foco na dimensão simbólica de reinscrição, em detrimento da dimensão imaginária e real que advém do trauma.

A operação pode ser entendida ao nível simbólico como a retroação de um significante sobre outro. Por exemplo, ao começar uma frase, só saberemos seu sentido ao terminá-la. O sentido se dá, portanto, *a posteriori*. Na representação gráfica do ponto de basta, é possível perceber como o vetor Δ - $\$$ incide retroativamente no vetor da cadeia significante S-S', estabelecendo um corte no deslizamento da cadeia significante e produzindo a divisão no sujeito entre o que foi dito e o dizer. A Figura 2 abaixo ilustra este funcionamento:

Figura 2 - Representação do ponto de basta



Fonte: Lacan (1998d/1960, p. 819)

Ao avançar na construção de um dos últimos textos freudianos, *Análise terminável e interminável* (Lacan, 1998c/1953), Lacan aborda a questão da dificuldade de prever um fim para uma análise de antemão. Ele argumenta que não sabemos a princípio a verdade do sujeito para fixarmos o final de análise. É possível perceber como o tempo, além de ser um dos objetos de estudos para a psicanálise enquanto se relaciona com a subjetividade, também demarca uma limitação para a análise. Cabe apontar que isso se articula para Lacan tanto em relação à duração de uma análise ao longo de várias sessões, como também à duração de cada sessão analítica.

Nessa acepção, a operação de ressignificação também porta uma limitação, há uma baliza do que pode ser remodelado. Esse limite tem ligação com a repetição e à pulsão de morte, que “exprime essencialmente o limite da função histórica do sujeito” (Lacan, 1998c/1953, p. 319). O limite se refere à morte, mas não a morte entendida simplesmente como o fim do tempo de vida do indivíduo, tampouco a morte como a única certeza que todos teremos – todos e todas, sem exceção, a enfrentaremos eventualmente – mas sim, a partir da leitura de Heidegger, pelo que a morte traz consigo: a possibilidade mais única, mais incondicional e indeterminada de

um sujeito. Esse limite se presentifica a todo momento, enquanto passado real, isto é, um passado que se revela articulado na repetição. Portanto, é um passado que é sempre presente pela repetição, pois ao manifestar-se nunca encontra a mesma coisa, é sempre um encontro distinto (Lacan, 1998c/1953).

Deste modo, com Lacan, é reafirmado que o passado é pensado *a posteriori*, pois ele é trazido à tona quando é historicizado pelo tempo presente. É um passado que sem as remodelações feitas sob transferência nunca se tornará passado, será sempre presente, reverberando na vida do sujeito e buscando uma ressignificação. “A história não é o passado. A história e o passado na medida em que é historiado no presente - historiado no presente porque foi vivido no passado” (Lacan, 1983/1953-54, p. 21).

Ao se concretizar a ressignificação, o paciente pode verbalizar ditos como “eu sempre soube disto”, “isto estava comigo o tempo todo”, no sentido de um saber atemporal (Ferrari, Calmon & Teixeira, 2017). O efeito de verdade experienciado na retroação traz a sensação de um passado que é sempre presente, e que finalmente veio à tona, quando o que ocorreu realmente foi a construção de um saber no momento da análise, não a revelação de algo que estava oculto. Assim, o senso comum que se tem da psicanálise, de que ela descobre em algum lugar do passado todos os eventos traumáticos que explicariam o comportamento do sujeito não se sustenta pela via do *après-coup*. O que interessa são as remodelações realizadas durante o presente da análise sobre esse passado.

Há uma tensão constante e ambivalente em sua operação. O *après-coup* evidencia como a intensidade avassaladora do trauma pode precipitar em um sujeito, causando-lhe uma série de afetos e atos. Ao mesmo tempo, ele traz a abertura ao novo. A noção mostra a força que uma reinscrição a partir da transferência pode oferecer. Não se trata de uma lembrança, simplesmente de uma hermenêutica ou de uma mera repetição do acontecimento traumático. A partir da extensão do trauma, há a abertura para novas significações e novos posicionamentos subjetivos. É após o corte traumático que existe a possibilidade de reinscrição. Para André (2008), esta “plasticidade” que ocorre no *après-coup* é tão importante que ele o coloca como diferencial da compulsão à repetição.

Lacan diferencia a lembrança da repetição, evidenciando a diferença causal entre os dois termos: tratar a lembrança pela repetição não é o mesmo que tratar a repetição pela lembrança, as duas não são comutativas. Para ele, isto comprova como o tempo em psicanálise se articula não pela cronologia, mas pela lógica, “a uma colocação do real em forma significativa” (Lacan, 1985c/1964, p. 46).

A rememoração por si só comporta vários limites, e Lacan dirige aos que se interessam por ela defendendo que há outros meios em que ela pode ser obtida de maneira mais completa que não seja uma análise. Os analistas, por outro lado, se interessam por outra coisa, não apenas a rememoração. O *après-coup* não se limita a isso, condensando o passado e o presente.

Portanto, o *après-coup* só opera quando em relação com o inconsciente, ele não é somente rememoração ou resignificação. Ele se atrela com uma temporalidade específica, a atemporalidade do inconsciente, discutida no subtópico anterior. Só assim poderemos estabelecer as bases para esta noção psicanalítica. Para que ela ocorra, é necessária a transferência, é necessário haver alguém – o analista – que escute a abertura do inconsciente e possibilite que o advento do acontecimento traumático se transforme, e não retorne à forma de recalque novamente.

Diante de um diagnóstico de doença terminal, da percepção da iminência da morte, importantes resignificações podem ocorrer. A morte aporta os dois elementos do *après-coup*: o aspecto de corte, de trauma e a possibilidade de criação do novo. Reconhecer que há pouco tempo de vida não se torna um impeditivo para mudanças, e sim um catalisador para que mudanças subjetivas sejam feitas, ou que eventos do passado sejam retomados sob uma nova perspectiva, como será tratado no fragmento clínico a seguir.

2.2.3 N. e o tempo de reinscrever o passado

Após a discussão sobre como a psicanálise se utiliza da retroação em seu método, abordando como ela foi utilizada por Freud e Lacan em suas produções, seguiremos com o *roter Faden* deste trabalho. Iniciaremos, portanto, a exposição dos atendimentos com N. O chamado ao atendimento partiu de sua família. N. tinha 91 anos e estava internada devido a uma pneumonia com derrame pleural, somada a uma insuficiência cardíaca já descompensada. Todas estas condições clínicas, considerando a sua idade, tornavam seu quadro bastante delicado. A família estava sempre presente, acompanhando a situação com muito cuidado. N. tinha cinco filhas e era viúva. A família pede o atendimento da psicologia devido ao fato de N. dizer que quer morrer logo, que não deseja viver mais. Cabe ressaltar que a paciente e sua família sabiam da gravidade de suas condições.

Acompanhei o caso por duas semanas, realizando visitas diárias. Uma característica peculiar deste caso é que a paciente pensava que eu era um padre, devido ao uniforme do hospital que era branco. Sustentei esse *semblant* porque percebi que ao pensar que era um padre,

a paciente ficava mais à vontade e falava mais. Isso fez com que a transferência se estabelecesse mais rapidamente.

Nos atendimentos hospitalares, a questão do tempo cronológico exige cálculos constantes do analista. Não sabemos quanto tempo a pessoa ficará internada, se ela será transferida, se terá alta ou, mais especificamente na clínica da terminalidade, se o paciente irá falecer. Deste modo, manejar a transferência se torna um tópico extremamente relevante. No hospital, ela se dá de maneira distinta do *setting* tradicional da psicanálise. O analista é visto inicialmente como representante da instituição hospitalar. Ali, muitas vezes o paciente já tem de antemão alguma transferência estabelecida com a própria instituição hospitalar, seja ela positiva ou negativa (Batista & Rocha, 2013). Se for positiva, por exemplo, acreditar que está em um hospital de qualidade, isto pode facilitar o estabelecimento da transferência. Se for negativa, se o paciente crer que o hospital é péssimo, que as pessoas vão ali para morrer, isso pode causar resistências iniciais.

Lacan trabalha a transferência notadamente no *Seminário 8* e na *Proposição de 9 de Outubro de 1967* (Lacan, 1992a/1960-61, 2003b). Inicialmente, a transferência se refere a suposição do analisando de um objeto agalmático na pessoa do analista. Na relação transferencial, o analisando pensa que o analista tem um objeto precioso dentro de si, o agalma. Em 1967, é introduzido o conceito do sujeito suposto saber no manejo da transferência. O sujeito suposto saber é um fenômeno imaginário, sendo entendido por Lacan como o pivô da transferência, isto é, o que a sustenta.

N. supunha em mim um objeto agalmático, ela confiava que eu tinha algo precioso por ser um padre. Diante da situação de iminência da morte, ela supôs que eu, enquanto padre, tinha as respostas para suas aflições. Aceitei esta suposição de saber, contudo, naturalmente, sem respondê-la. Não cabe ao analista encarnar o agalma, tornar-se o sujeito suposto saber.

Por ela supor que eu detinha o saber sobre seu *pathos*, utilizei-me desta posição para colocar a construção de seu próprio saber em evidência, ou seja, a dimensão do sujeito suposto ao saber. O manejo transferencial do analista não se refere a um saber prévio sobre quem se analisa, e sim a um fazer desejar que se saiba do lado do analisando. Ao pressupor um saber do analista anterior ao sujeito, desconsidera-se toda sua particularidade.

No âmbito hospitalar, é uma estratégia interessante para o analista utilizar em alguns momentos de seu próprio corpo para favorecer a transferência (Moura, 2000). Ao acolher um familiar que acabou de receber a notícia de um óbito, por exemplo, abraçá-lo, acolhê-lo mais próximo fisicamente pode acarretar no estabelecimento de uma transferência de maneira mais rápida.

Em um dia, a família me diz que não precisava atendê-la, pois ela estava bastante confusa e não conseguia conversar. Realmente, ela estava bastante debilitada, mas ao me ver ela estende a mão, coisa que sempre fazia quando via um padre. A relação de N. com sua religiosidade era bastante forte. As filhas me relatam que a mãe passa os dias com o terço na mão rezando para morrer rapidamente. Para ela, seu tempo já havia acabado. Eu pontuava: “Sim, algum dia a morte vai chegar. Mas enquanto a gente não morre, a gente vive, não é mesmo?”. Buscava com estas intervenções apontar que, mesmo que a morte esteja próxima, a vida ainda existe. Ainda há coisas que podem ser feitas, realizadas ou elaboradas.

Com a instauração deste novo tempo de compreender, um tempo para viver apesar da morte, novas questões surgiram. A questão principal foi sobre seu casamento findado há 30 anos. A operação de retroação ocorre, quando, a partir de um acontecimento (traumático) no presente, aqui a iminência da morte, há uma reorganização de acontecimentos (também traumáticos) no passado. Condensa-se, dentro do campo da transferência, a partir de um efeito de corte, o passado e o presente, com a produção de novos sentidos.

N. inicia, então, a dizer e elaborar retroativamente este casamento. Relata-me que naquele momento percebia como o marido lhe fazia mal. Ele a traía abertamente nas ruas da cidade em que moravam, chegava a levar as amantes para casa, quando toda a família lá se encontrava. As filhas sabiam e acompanhavam toda a história. Não é surpresa quando ela relata que ele também a agredia física e psicologicamente. A situação ocorreu por um certo tempo até que N. não suportou mais e pediu o divórcio. Ela me conta como foi mal vista, uma mulher já quase com 60 anos divorciada com cinco filhas em uma pequena cidade do interior nos anos 80.

Negro (2008), ao tratar das diferentes posições que o analista pode ocupar ao atuar na clínica da terminalidade, discorre sobre a função de *semblant* de historiador. Isso ocorre nas situações em que o paciente em sua associação livre começa a construir, a relatar sua história de vida, permitindo que muitas experiências sejam ressignificadas. Foi justamente o que ocorreu com N., que, a partir da intervenção do analista, reconstruiu uma importante parte de sua vida: seus anos de casada. Para Negro (2008), a posição do analista de *semblant* de historiador faz com que ocorra uma separação entre o eu, que está mortalmente angustiado e o sujeito do inconsciente.

A partir deste movimento retroativo, em que o passado é ressignificado, uma nova questão se instaura. O ex-esposo, um homem tido como mau-caráter, alguns anos depois do divórcio teve um ataque cardíaco fulminante e morreu rapidamente, *sem sofrer*. Por que então,

ela, uma pessoa boa, que passou por muitas situações complicadas durante sua vida, estava ali, sofrendo também para morrer?

Moura (2000) nos diz desta situação em que o sujeito se depara com a iminência da morte. Ele se questiona: “Por que comigo?”. É uma pergunta que ao fundo traz o ensinamento freudiano de que a morte não se inscreve no inconsciente. Indagar-se “por que comigo” traz a suposição de que há alguém que não morre, alguém cuja existência a morte não incida. Nestas ocasiões, é importante que sustentemos estes questionamentos, sem respondê-los, pois sabemos que não há uma resposta definitiva para a morte.

A mesma questão passava na cabeça das filhas. Elas não entendiam o que ocorrera com cada um de seus pais: o homem que durante a vida foi mau, morreu de forma rápida, sem sentir muitas dores; e a mulher que sempre fora boa, estava morrendo com muito sofrimento. Além disso, não era fácil para elas admitir abertamente que o pai tinha sido uma má pessoa. Como assinalado por Freud (2019b/1919), a relação sempre paradoxal do homem com a morte teve como consequência o sentimento de piedade para com os mortos. Em Totem e tabu, ele faz uso da famosa frase: “*de mortuis nil nisi bene*” (dos mortos não se fale, a não ser bem) (Freud, 2012/1913, p. 72).

N. residia em uma pequena cidade da região, e vivia com a filha mais nova. De acordo com as filhas mais velhas, ela não cuidava bem da mãe, a maltratava assim como o pai o fazia. A família estava ciente deste fato e queria que ela saísse da casa ou que N. morasse com as outras filhas, que residiam em outras cidades. N. sempre se posicionou contra. Dizia que gostava de morar naquela cidade e que a filha não tinha para onde ir. Durante os atendimentos, a filha mais nova sempre queria estar presente. Eu não permitia. Isso é muito comum na prática do analista no hospital. Os familiares questionam: se eles estão ali na hora em que a enfermagem, a fisioterapia e a nutrição estão atuando, porque têm que sair na hora que o psicólogo chega? Em uma ocasião, esperei por aproximadamente cinco minutos até que essa filha saísse. Ela arrumava o lençol, organizava as comidas, ficava esperando na varanda, local em que ainda poderia ouvir o que dizíamos.

Assim, N. se mantinha na posição de que queria morrer, que não aguentava mais a dor. No último atendimento com a paciente, ela segura minha mão e me diz chorando “me ajuda, quero morrer”. Neste desamparo que persistia com a iminência da morte, o ponto mais recorrente a ser discutido foi o casamento fracassado. Mesmo trinta anos depois, ela ainda tinha dúvidas se tinha feito uma boa decisão ao largar o marido e cuidar de sua família sozinha. Mesmo tendo se afastado do marido, continuou a sofrer nos anos seguintes, tanto da sociedade que a discriminou, quanto da filha que morava com ela, com quem tinha uma relação bastante

conflituosa. Questionava-se também do que suas filhas achavam desta decisão. Todas lhe disseram que o que ela fez foi a decisão mais correta, que ela naquela época N. sofria muito, e passava por tudo isso calada.

Iniciaram-se os derradeiros momentos de despedida. Em seu discurso, N. sempre agradecia à família por cuidar tão bem dela. N. morreu em uma manhã enquanto cochilava após tomar o café da manhã. Após seu óbito acolhi sua família e as filhas ali presentes, que choravam muito, mas diziam que a mãe finalmente conseguiu descansar como tanto queria.

2.3 O TEMPO LÓGICO LACANIANO

Com *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* (Lacan, 1998a/1945), Lacan introduz uma nova forma de operar com a dimensão do tempo em psicanálise, articulando-a com a lógica. A primeira versão do texto foi escrita em 1945, sendo publicada em um número especial de *Cahiers d'Art*, no contexto sociopolítico da Segunda Guerra Mundial. Era uma edição de apenas 1000 exemplares, o que dificultou na época o acesso ao artigo. Vinte e um anos depois, em 1966, houve um remanejamento e algumas alterações para a publicação do texto nos *Escritos* (1998). Ali, o texto se encontra na terceira de sete partes em que o livro é dividido, junto com *Intervenção sobre a transferência* (Lacan, 1998b/1951). É um texto que Lacan também conversa com autores da época, mesmo que nas entrelinhas. Ele cita diretamente apenas Descartes, mas também dialoga com Aristóteles e Hegel (Porge, 1998).

Qual a função deste texto na obra lacaniana? Lacan dá a resposta no *Seminário 2* (1985a/1954-55). Ele diz ali que a função do tempo auxiliará a discernir o que é da dimensão imaginária e o que é do registro simbólico. Mesmo que na época os três registros ainda não tivessem sido totalmente desenvolvidos, o texto de 1945 mostra uma diferenciação de um eu imaginário (moi), mas que ainda não é propriamente da ordem do simbólico (Je). Lacan se refere a esse sujeito como eu psicológico ou sujeito da asserção (Porge, 1998).

De acordo com Porge (1998), quase todos os textos dos *Escritos* sofreram alterações, mas *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada* (Lacan, 1998a/1945) foi um dos mais modificados. A maior parte das mudanças foi no sentido de esclarecer a constituição lógica do sujeito, fazendo-se valer de seu desenvolvimento teórico sobre o simbólico, articulando-o agora com o real, como apontado em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1998c/1953). Inicialmente, Lacan usou o termo intersubjetividade, isto é, a relação de um sujeito com outro sujeito. Contudo, com o desenrolar de sua teoria, o termo foi alterado, pois

privilegiou-se a relação do sujeito com a alteridade, com o Outro (S (A/)), tesouro dos significantes (Porge, 1998).

Lacan trabalha com os três tempos análogos ao surgimento lógico do sujeito, em que cada escansão o constitui em um aspecto. Primeiramente ele ainda está ligado ao grande Outro, o que no sofisma seria correspondente ao diretor da prisão que lhe atribui um valor, para em um segundo momento se espelhar em seus semelhantes, os prisioneiros, e por fim definir-se por si só pela via da certeza antecipada. Para Miller (2010a), aí está o que há de mais lacaniano no tempo lógico: como Lacan insere cortes subjetivos em algo que é inicialmente lógico. Onde há etapas de raciocínio lógico, há também o aparecimento de um sujeito.

As formulações do tempo lógico dizem de uma questão de lógica e de tempo, como termos distintos, e não de uma lógica do tempo propriamente dita. O que Lacan intenciona é entender o tempo como um acontecimento lógico, que em sua própria estrutura produz uma certeza, e não localizar os acontecimentos lógicos em função do tempo (Porge, 1998).

2.3.1 O sofisma dos três prisioneiros

Lacan (1998a/1945) propõe o sofisma dos três prisioneiros para articulá-lo com a dimensão do tempo em psicanálise, e para este sofisma defende ter encontrado a *solução perfeita*. Um sofisma é uma argumentação lógica que produz uma ilusão de verdade, possuindo um erro lógico em sua estrutura interna. Ele aparenta ter consistência, contudo, se mostra com um raciocínio falso. Por serem paradoxais em sua própria estrutura, os sofismas podem conduzir a alterações em teorias vigentes, pois mostram uma dificuldade lógica real em jogo. O sofista diz o que não se é, desvela as aparências, pois, como no sofisma dos prisioneiros, deduz-se o que se é a partir do que não se vê (Porge, 1998).

Cassin (2017), ao abordar sobre como a psicanálise e a sofística podem ou não se articular, aponta que, embora sejam campos distintos, ambos têm o mesmo “outro”: a filosofia. Nessa acepção, as duas áreas podem estabelecer diálogos pelo fato de trabalhar com a multiplicidade de sentidos em uma palavra, e pela forma que entendem o ser: o ser é um “fato de dito”, um efeito do discurso. Assim, “o campo compartilhado pela sofística e pela psicanálise lacaniana é o discurso em sua relação rebelde com o sentido, que passa pelo significante e pela performance, e a sua distância para sua verdade com a filosofia” (Cassin, 2017, p. 51).

No sofisma proposto por Lacan, o diretor de uma prisão oferece a liberdade a três prisioneiros. Para isso, ele lhes propõe um desafio. Ele tem dois discos pretos e três discos brancos, e vai colar algum destes nas costas de cada prisioneiro, em um lugar que eles não

possam ver seu próprio disco. Os prisioneiros não poderão comunicar-se entre si e estarão em uma sala em que não conseguirão ver qual a cor de seu disco através de reflexos. A proposta é que o primeiro que for até a porta e anunciar qual a cor certa do seu disco, argumentando sua decisão a partir da lógica, e não da probabilidade, ganhará a liberdade.

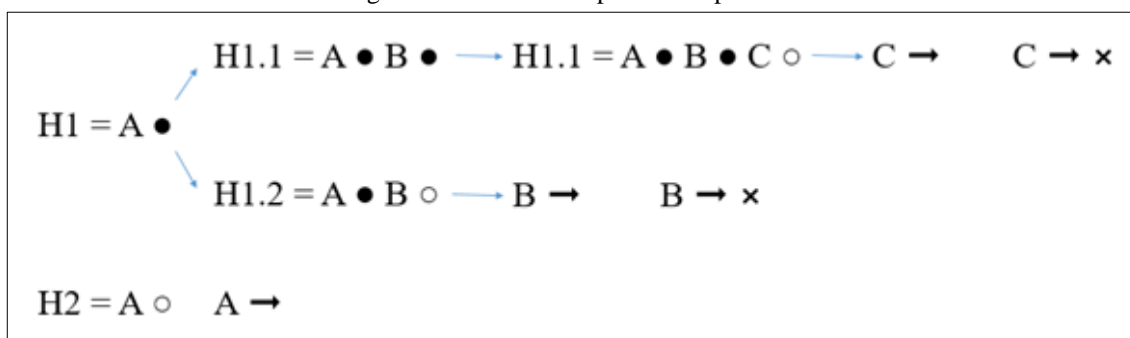
A partir da quantidade de discos que dispõe, o diretor tem três possibilidades: 1) dois discos pretos e um branco ($\bullet\bullet\circ$) (Figura 3); 2) um disco preto e dois brancos ($\bullet\circ\circ$) (Figura 4); e 3) três discos brancos ($\circ\circ\circ$). Ele opta por colar um disco branco nas costas de cada prisioneiro ($A\circ B\circ C\circ$). No sofisma, após um certo tempo elucubrando, os três prisioneiros caminham juntos para a porta e declaram a cor de seu disco.

Acompanhem as elaborações do prisioneiro A: ele, que vê dois discos brancos nas costas de B e C, inicia sua cadeia de pensamento com a seguinte hipótese: serei eu preto? ($H1 = A\bullet$). Para verificar esta hipótese, ele tenta imaginar o que o prisioneiro B está pensando, que por sua vez também não sabe se seu disco é branco ou preto. Em um primeiro cenário, se B for preto ($H1.1 = A\bullet B\bullet$), o prisioneiro C estaria vendo dois discos pretos ($A\bullet B\bullet$), e portanto, logo concluiria que era branco ($H1.1 = A\bullet B\bullet C\circ$) e sairia ($C\rightarrow$). Contudo, esta hipótese ($H1.1 = A\bullet B\bullet$) se mostra falsa, pois C fica na sala, ele não sai ($C\rightarrow\times$). Ele continua parado, imerso em seu raciocínio e observando seus colegas.

Assim, ainda neste cenário, em que A se imagina ser preto ($H1 = A\bullet$), o prisioneiro B concluiria que é branco ($H1.2 = A\bullet B\circ$), pois se ele fosse preto, C haveria saído ($C\rightarrow$). Desse modo, o prisioneiro B sairia ($B\rightarrow$), confirmando a $H1.2$.

Entretanto, B também não sai ($B\rightarrow\times$), demonstrando que a hipótese ($H1 = A\bullet$) é falsa. Com esse raciocínio feito, A conclui então que é branco ($H2 = A\circ B\circ C\circ$) e sai da sala ($A\rightarrow$). No sofisma, como apontado, os três prisioneiros chegam a essa conclusão ao mesmo tempo e saem juntos. A figura XX mostra este raciocínio a partir da primeira hipótese.

Figura 3 - Raciocínio a partir da hipótese 1

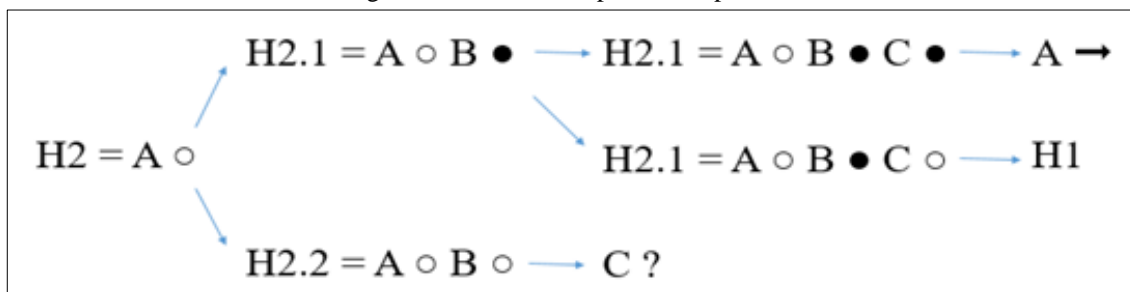


Fonte: elaborado pelo autor

Analisando o problema de maneira objetiva, sabemos que a hipótese certa é a segunda ($H2 = A \circ B \circ C \circ$). No entanto, essa hipótese tomada de forma isolada é inconclusiva. Passemos ao raciocínio do sofisma iniciando com a hipótese de que A seria branco ($H2 = A \circ$). Pensando como B, este se pergunta: serei eu preto? ($H2.1 = A \circ B \bullet$). Se nesta situação ($A \circ B \bullet$), C fosse preto, ocorreria a primeira possibilidade de distribuição dos discos discutida, e assim A veria dois discos pretos ($B \bullet C \bullet$) e sairia ($A \rightarrow$) sem necessitar realizar todo esse raciocínio. Se C fosse branco, cairíamos na configuração da primeira hipótese, pois obtemos um disco preto e dois brancos ($\bullet \circ \circ$).

Em uma variação desta hipótese, em que B seria branco ($H2.2 = A \circ B \circ$), C tampouco consegue concluir a cor de seu disco ($C?$), pois vendo dois discos brancos não se consegue chegar a conclusão da cor de seu disco, fazendo com que a hipótese ($H2 = A \circ B \circ C \circ$) não tenha solução por si só. Dito dessa forma, A só concluiria que é branco se B não conseguisse concluir e ficasse parado e concluiria que é preto se B conseguisse finalizar seu raciocínio e ir em direção a porta, porém seria tarde para demais conseguir sua liberdade. A figura XX abaixo ilustra a argumentação a partir da segunda hipótese:

Figura 4 - Raciocínio a partir da hipótese 2



Fonte: elaborado pelo autor

Lacan (1998a/1945) justifica ter encontrado a solução perfeita por ter adicionado um elemento externo à argumentação lógica de cada prisioneiro: as moções suspensivas, que envolvem o tempo de espera e de partida dos outros dois participantes. Na solução descrita, os três prisioneiros saem juntos. Assim, no momento em que os três começam a caminhar, há dois momentos de hesitação, em que eles se detêm, reproduzindo a mesma dúvida e a mesma parada do início. No entanto, cada prisioneiro agora pode afirmar com mais clareza que são os três brancos, pois, se um deles fosse preto, não teria parado a caminhada. Desse modo, estas duas escansões suspensivas garantem a lógica interna do sofisma, e seu raciocínio se torna válido.

Por que há duas paradas? Porque se a decisão de A fosse baseada no tempo de espera de B e C, ao vê-los caminharem, esta certeza seria abalada. Temos então a primeira escansão

suspensiva. Todos os prisioneiros ficam com a mesma dúvida, e param ao mesmo tempo. Essa parada faz A repensar se seria realmente branco ou preto. Poderia ser que, coincidentemente, os outros prisioneiros chegassem à conclusão da primeira hipótese e suas variações ($H1.1 = A \bullet B \bullet C \circ$) ou ($H1.2 = A \bullet B \circ C \circ$) ao mesmo tempo que A pensou ser branco. Contudo, se ele fosse preto, os outros prisioneiros continuariam andando em direção à porta, certos da cor de seu disco. Como todos param, hesitando, A decide que é realmente branco.

Assim, os três começam a caminhar e param novamente, na segunda moção suspensiva. Além do raciocínio objetivado anteriormente, A agora tem a seu favor as duas paradas de B e C. Entretanto, não é possível mais basear sua certeza somente na espera de B e C, pois se ele não chegar à porta alguém vai conseguir a liberdade primeiro. A função da pressa aqui cumpre o papel da certeza antecipada, e finalmente, ele se diz branco. Para Porge (1998), a solução perfeita se dá na repetição das paradas, o que introduz a função da pressa e acarreta na consistência na decisão dos prisioneiros.

Para Miller (2000) a inserção das moções suspensivas faz com que o sofisma seja invisivelmente transformado, fazendo com que um raciocínio falso criasse categorias positivas que permitem pensar o tempo em psicanálise. Para chegar à conclusão final em forma de ato – sair em direção à porta – os prisioneiros precisaram passar por raciocínios intermediários que acontecem com acréscimos de dados temporais.

Não é possível concluir efetivamente a cor do disco apenas com os dados que o prisioneiro tinha a disposição no primeiro momento, denominado instante de ver. Na primeira moção suspensiva, a parada dos prisioneiros B e C é acrescentada ao conjunto de dados disponíveis. E com a segunda parada, agrega-se a urgência de realizar o ato ao saber que outro pode sair primeiro. Dizemos de um ato no sentido de trazer algo novo, marcando um antes e um depois. Ele só é possível após um tempo de compreender. Aí está a transformação do sofisma (Miller, 2010a). Para o autor, o acontecimento fundamental na resolução do sofisma é justamente o não-acontecimento, ou seja, o fato de que nenhum prisioneiro sai, instaurando também a dimensão da espera.

Por que mesmo após achar a solução, Lacan ainda chama este problema de sofisma? Porge (1998) cita que para chegar à solução deste paradoxo, os tempos de erro são integrados no próprio raciocínio, são tempos necessários para o argumento. Além disso, seria porque mesmo após ter achado a solução, o sofisma ainda segue questionando, segue com uma abertura a novas perguntas. O sofisma também possui um caráter de repetição: cada vez que ele é reproduzido, o leitor volta a refazer os caminhos do raciocínio lógico para resolvê-lo. Ele se inscreve exatamente em $S(A/)$, no significante da falta no Outro, no ponto onde o discurso é

posto à prova (Miller, 2010a). O sofista sempre buscar formular uma questão a mais, sempre busca uma outra consequência. Suas indagações não se encerram no problema proposto (Cassin, 2017).

2.3.2 Três escansões

Tendo em vista a explanação do sofisma e do raciocínio realizado para chegar à conclusão, podemos pensar com Lacan (1998a/1945) a construção do conceito de tempo lógico e suas três escansões. Importante dizer que, apesar de dizer do tempo, elas não se referem a uma ordem cronológica. É uma metáfora em que o saber substitui o ver. O que se vê nos dois discos se transforma, um dado perceptivo se transforma em processo epistêmico (Miller, 2010a).

Lacan (1998a/1945) diz que o sujeito presente no sofisma é um sujeito de pura lógica. Primeiramente, isto quer dizer que são atribuídas as mesmas características físicas, cognitivas e emocionais aos prisioneiros A, B e C. O sofisma não seria da mesma forma se um prisioneiro começasse a chorar no início do desafio, o outro fosse paraplégico e outro um corredor de maratonas (Miller, 2010a). Este trio não se assemelha ao mito trabalhado por Freud em *O tema da escolha do cofrinho* (Freud, 2010b/1913), em que a terceira opção é sempre a certa, se diferenciando das duas primeiras, como Cordélia, Afrodite, a gata borralheira ou o cofre de chumbo¹⁷. Curiosamente, a escolha no sofisma ainda recai sobre a terceira opção, pois cada prisioneiro já sabe o disco dos outros dois, faltando escolher a cor do terceiro, que está em si mesmo.

Os três prisioneiros possuem as mesmas qualidades. O mesmo não aconteceria se o diretor utilizasse de outra combinação que não três discos brancos. Ele dá a mesma condição para todos, sem privilegiar nenhum prisioneiro. São de pura lógica porque sua diferença é puramente numérica.

Os discos do sofisma têm a estrutura de objeto a, pois é algo que está escondido do próprio sujeito, estando conectado a ele, em uma relação de extimidade. Contudo, se relaciona com o sujeito a título de não-saber, contendo informações sobre sua própria identidade. À diferença do objeto a, sabemos da substância dos discos: é o significante, que aqui está oculto ao prisioneiro. É um processo que mostra a busca da descoberta de algo que está em si, mas que só se consegue a partir da relação com um Outro (Miller, 2010a).

¹⁷ Há uma discussão sobre estas tríades e sua correlação com a morte no subtópico 1.2.1.

O tempo lógico é inovador justamente por ter como característica sua descontinuidade tonal, envolve uma modulação do tempo. Assim, a função do tempo se apresenta de forma diferente em cada um dos três momentos, e é possível articulá-los à clínica da terminalidade, como temos demonstrado no percurso deste trabalho. Porge (1998) aponta que não se sabe de onde Lacan se inspirou para nomear os três tempos propostos. Seguimos com os três tempos:

O primeiro é denominado *instante de ver*. É o momento em que há a fulguração do real, em que o tempo é igual a zero. No sofisma, seria quando os prisioneiros se veem pela primeira vez. É um tempo em que ainda não há raciocínio ou subjetivação, apenas contemplação desse real (Lacan, 1998a/1945).

Dentre as três possibilidades supracitadas de disposição dos discos, o instante de ver seria a primeira, em que há dois discos pretos e um branco (●●○). Isso se dá pois o prisioneiro que tem o disco branco ao ver dois discos pretos já entenderia que seu disco é branco, saindo rapidamente (Lacan, 1998a/1945).

No sentido do surgimento lógico do sujeito, o instante de ver corresponderia ao sujeito que é impessoal. É um sujeito que ainda não existe na oração. É impessoal porque nesse momento *sabe-se* que há dois discos pretos, mas, o sujeito ainda não iniciou sua elaboração.

Lacan (1998a/1945) associa o instante de ver à prótase, que em lógica é a primeira proposição de uma demonstração. É a parte da hipótese que cria expectativa para a segunda parte, por exemplo: “Diante de dois discos pretos...”. Ou como nos diz Freud (2015b/1915): “se queres aguentar a vida...”

Ao receber um diagnóstico de doença terminal, o sujeito e sua família podem ficar parados nesse instante de ver. Ficam paralisados, sem reações aparentes, apenas deparando-se com o real avassalador que lhes acaba de ser desvelado. As importantes perguntas que seguem esse momento não são subjetivadas, elaboradas.

O segundo momento é o *tempo de compreender*. Para Lacan (1998a/1945) ele é incomensurável, podendo ser muito longo ou se reduzir ao instante de ver. É o momento em que o sujeito pensa além do que ele está vendo, ele objetiva algo. O tempo de compreender pressupõe o pensamento e elaboração de saber, em que hipóteses são criadas. Fazendo um paralelo ao sofisma, corresponde a quando os prisioneiros estão raciocinando a cor de seus discos, deduzindo-a a partir da cor dos outros prisioneiros.

Nessa acepção, ele é associado à segunda possibilidade de distribuição dos discos, na qual temos um disco preto e dois discos brancos (●○○). Isso se dá porque é nesse momento em que os prisioneiros estão em suas elucubrações, tentando validar a hipótese de terem um disco preto.

No movimento de assunção do sujeito, temos o sujeito indefinido e recíproco. É o sujeito que sabemos que existe, mas não pode ser determinado, nem pelo contexto nem pela pessoa do verbo. Diz da introdução do registro imaginário, é um momento especular com o Outro (a – a’), em que o sujeito existe, contudo ainda não se define totalmente, não se diferencia. Ele se vê e se reconhece a partir do Outro. Nesse sentido, Lacan no *Seminário 2* (1985a/1954-55) associa o tempo de compreender à linguagem aplicada ao registro do imaginário.

Como o instante de ver é associado à prótase, o tempo de compreender é referenciado à apódose, a segunda proposição de uma demonstração, que encerra a expectativa iniciada pela prótase. Continuando os modelos explicitados acima: “Diante de dois discos pretos, se é branco”, e “Se queres aguentar a vida, prepara-te para a morte.”

O tempo de compreender pode ser entendido em dois momentos: o primeiro em que há a espera de ação do outro, atento ao que ele irá fazer, mas também envolve o tempo que o outro espera o que irei fazer e minhas reações a essa espera (Miller, 2010a).

Por fim, temos o *momento de concluir*. Ele aporta grandes contribuições para a prática do analista, pois é aqui que Lacan (1998a/1945) introduz a função da pressa, a asserção subjetiva e a certeza antecipada, podendo ofuscar a objetividade do tempo de compreender. No *Seminário 2*, Lacan (1985a/1954-55) associa o momento de concluir ao tempo em que a linguagem se torna simbólica.

A função da pressa se refere ao tempo que os prisioneiros têm para decidir, pois, se não pensarem rápido, outra pessoa pode conseguir a tão sonhada liberdade. Ela é devidamente objetivada na segunda parada dos prisioneiros. As sessões de análise de tempo variável operam com a função da pressa, pois se contrapõem ao tempo do neurótico, que pode agir antes da hora na histeria ou postergar sua decisão na neurose obsessiva. Assim, busca-se que o sujeito se precipite, declarando-se como desejante. Para Quinet (2004), a pressa é a amiga da conclusão.

Em seu segundo seminário, Lacan trata da pressa em psicanálise dizendo: “Há uma terceira dimensão do tempo, que não é nem o atraso, nem o adiantamento, porém a pressa, ligação própria do ser humano com o tempo, com o carro do tempo, que está aí, a esporeá-lo por detrás. É aí que a fala se situa, e que não se situa a linguagem, que dispõe do tempo inteiro” (Lacan, 1985a/1954-55, p. 363).

O aspecto da função da pressa pode ser facilmente observado na clínica da terminalidade, pois, ao saber de seu diagnóstico de doença terminal, a morte vem forçando um momento de concluir para o sujeito. Ao receber o diagnóstico de uma doença terminal, é exigido do sujeito uma resposta antecipada sobre a morte, sobre sua própria castração, questões com as quais talvez antes não havia se deparado ou se questionado.

A função da pressa nesses casos é ainda mais intensa, pois pode ser que não haja tempo para compreender e concluir o que o sujeito deseja. A iminência da morte ativa a função da pressa, ela apressa para que o sujeito chegue a seu momento de concluir. Como abordado pelos fragmentos clínicos, há momentos em que o sujeito consegue passar pelo tempo de compreender e conclui algo em relação à sua transitoriedade, mas há outros casos em que a morte chega antes desse processo ser concluído.

A asserção subjetiva vem nesse sentido, pois a partir da função da pressa, apura-se para dizer de sua condição sujeito, seja ela qual for. É quando o sujeito pode aparecer em sua particularidade. Por não poder mais depender da ação do outro, esperá-lo para que decida, com o risco de perder sua própria liberdade, o sujeito apressa-se para afirmar-se como tal.

Assim, nos deparamos também com a certeza antecipada. No sofisma, os prisioneiros afirmam que seus discos são brancos antes de terem a confirmação do diretor. Essa certeza é, portanto, antecipada. Só se sustenta realmente *a posteriori* ou *après-coup*. O sujeito se afirma em sua singularidade com uma certeza que não foi ratificada pelo Outro, ela se verifica por si mesma a partir de um ato. Como a certeza se apresenta antes da sua demonstração, os pontos de certeza são marcados pela estranheza, pela singularidade. Para Miller (2010a), é verdadeiramente o que pertence a cada sujeito em sua particularidade.

É um momento que vem junto de angústia. Ocorre quando a tensão temporal encontra sua maior densidade subjetiva. Os prisioneiros são pressionados a concluir por medo de que outro descubra e saia primeiro, fazendo com que ficassem presos por tempo indeterminado. O ato vem no sentido de descolar a angústia, que para Lacan é o afeto que não engana. Na clínica da terminalidade, os pacientes podem sentir que seu tempo está acabando, e desta situação sentir emergir grande angústia. Em um ato, como por exemplo convocar a família para se despedir, como ato realizado por M. para se despedir de seu filho¹⁸, ou dividir seu patrimônio, o sujeito pode se afirmar enquanto tal e conter a irrupção da angústia.

Lacan (1998a/1945), nessa concepção, adiciona um terceiro termo à prótase e apódose, um termo que busca a certeza, dizendo “para que não haja erro” ou “por medo de que...”. Esse terceiro termo diz da asserção subjetiva, na qual o sujeito busca afirmar categoricamente quem se é, seja branco ou preto.

O momento de concluir diz da última disposição dos discos: a de três discos brancos (○○○), ou seja, a composição escolhida pelo diretor do presídio ao propor o desafio aos prisioneiros. É no momento de concluir que os prisioneiros concluem seu raciocínio no sofisma,

¹⁸ O caso de M. e seu ato de despedida se encontra no subtópico 1.1.3.

e vão até a porta para dizer a cor de seu disco. Diz-se de um sujeito que baseia sua decisão no tempo de parada dos outros dois prisioneiros. É, portanto, um sujeito do enunciado, pessoal e intransitivo. Depois de se reconhecer no Outro, ele declara quem é: sou branco, marcando a constituição do sujeito.

É neste tempo que Miller (2010a) situa o S(A/), o significante da falta no Outro. O S(A/) se localiza no momento de concluir pois a asserção do sujeito é baseada em um saber mas também é pautada em um campo de incerteza, tanto do saber que se assume como próprio, como da ação dos outros prisioneiros, pois o prisioneiro A vai até a porta sem saber exatamente o que B e C irão exatamente fazer. O momento de concluir envolve o saber, mas também se refere ao o não-saber.

A espera se mostra como importante categoria temporal. É nesse contexto que o Outro se mantém em suspenso. Utilizando o que foi discutido no subtópico da retroação, a espera ocorre justamente antes da operação de retroação ocorrer, antes do momento em que a situação temporal é invertida, pois ela torna o futuro presente antes que ele seja decodificado passado (Miller, 2000).

A espera é também a condição da surpresa. Em análise, por exemplo, se espera algo, mesmo que não se saiba o quê, se espera o imprevisível (Miller, 2010a). O analista se coloca, portanto, na posição de espera, o que pode fazer com o que o paciente fique na posição de silêncio. Uma estratégia utilizada por Freud (2010c/1918[1914]) com o Homem dos Lobos foi justamente fixar um término das sessões, forçando o momento de concluir para o paciente. Isso ocasionou em maior produção do lado do analisante. Este ponto de basta é o que pode acontecer quando o paciente recebe um diagnóstico de doença terminal, em que a morte funciona de maneira análoga à intervenção de Freud, instaurando um momento de concluir.

No tempo lógico, é no momento de concluir que a inversão temporal ocorre. A espera, que esteve presente durante o tempo de compreender, é invertida em pressa, em urgência. Na clínica da terminalidade, há uma constante tensão entre a espera e a pressa, elementos temporais que o analista deve manejar. O paciente, sua família e até mesmo a equipe de saúde oscilam entre uma posição passiva de espera da morte e uma posição de pressa, pois a morte está cada vez mais iminente, ressaltando como há pouco tempo de vida.

Abordamos, portanto, três modalidades temporais de conclusão, que são estruturalmente diferentes por se concretizarem de três formas distintas na função temporal. A primeira disposição (●●○) é solucionável no instante de ver, e não exige um raciocínio, é imediata pois ao ver dois discos pretos conclui-se que é branco. A segunda possibilidade (●○○), no tempo de compreender, que compreende um raciocínio conclusivo por si só. A terceira distribuição (○○○)

desemboca no momento de concluir, pois para chegar até ela os dados não são suficientes, tem-se que acrescentar o tempo de espera dos outros prisioneiros, sua não-ação, bem como a função da pressa (Miller, 2010a).

A primeira modalidade de conclusão é a única temporalmente estável. As outras duas, por sua vez, são instáveis temporalmente, pois, como Lacan mostra, sua conclusão envolve hesitação, vacilação, e uma duração de tempo que pode variar. O tempo lógico também mostra sua diferenciação da duração. Não é que cada modalidade de conclusão varia porque uma dura mais e outra menos, o tempo lógico mostra inclusive que ele pode anular a duração (Miller, 2010a).

Ao perceber a iminência da morte, o paciente pode se colocar em uma situação de urgência subjetiva, em que o Outro cai e sua cadeia significante se rompe, deixando-o sem palavras. Para Moura (2000), uma das definições de urgência subjetiva é o curto-circuito entre o instante de ver e o tempo de compreender. O paciente pode se fixar no instante de ver, paralisado nessa fulguração do real que veio de forma devastadora, sem pensar, sem raciocínio. Pode ir também ao momento de concluir, finalizando desfechos de maneira precipitada.

O analista neste contexto atua focando o tempo de compreender, mostrando que, em meio a toda esta pressa, há um tempo de pausa, para que se ressignifique toda a situação e a angústia que advém dela. A suposta cronologia do tempo lógico se mostra falsa: o tempo de compreender não é necessariamente consequência do instante de ver, e o momento de concluir não é uma construção advinda dos dois anteriores. Cada um comporta sua própria lógica temporal, sua própria modalidade de conclusão.

A partir desta intervenção, o sujeito pode concluir de maneira mais assertiva mostrando sua saída singular, mesmo com a iminência da morte batendo à porta, como nos casos até agora discutidos: M. que quis se despedir do filho, J. que resolveu escrever um livro sobre sua vida, e N. que se voltou a um casamento findado há mais de 30 anos. Assim, passemos agora ao último caso desta dissertação: J.D. e a conspiração do silêncio.

2.3.3 J. D. e a conspiração do silêncio

Iniciaremos a discussão do último fragmento clínico desta dissertação. Este caso dialoga principalmente com o conteúdo sobre o tempo lógico e o sofisma dos três prisioneiros, mas sem perder de vista o escopo argumentativo do trabalho, seu fio vermelho. Os atendimentos com J.D. ocorreram durante um mês. O paciente tinha 61 anos, com um diagnóstico de câncer colorretal e metástases peritoneais e hepáticas. Estava no estágio de tratamento da chamada

quimioterapia paliativa, ou seja, com o objetivo de aliviar a dor e outros sintomas, já sem “perspectiva de cura”. Ele era casado e tinha duas filhas e dois filhos, todos bastante participativos no processo de cuidado enquanto estava internado e cientes da gravidade do caso.

Fui convocado inicialmente pela equipe para atendimentos com a família, pois todos os familiares se encontravam bastantes angustiados com a situação clínica de J.D. Durante o atendimento com uma das filhas, é relatado ao analista que os familiares sabem do prognóstico de J.D., mas que todos decidiram que este diagnóstico não deveria ser comunicado ao paciente porque ele “não aguentaria saber da verdade”. É a chamada *conspiração do silêncio*: uma situação muito comum nos hospitais em que a equipe de saúde e a família sabem do diagnóstico (geralmente grave) do paciente, mas não o comunicam a ele, ou repassam somente os aspectos favoráveis do quadro clínico (Kovács, 2010).

Esse é uma das consequências do período de morte interdita em que vivemos (Ariès, 2003). Um dos aspectos desse período é que a pessoa em situação de terminalidade é privada de sua própria morte, ela não deve saber que está morrendo, havendo uma recusa do luto. O autor aponta que essa proibição do luto, essa *conspiração do silêncio* pode levar à efeitos extremos, como, após a morte do paciente, os familiares agirem como se ele ainda estivesse vivo, imitar seus gestos e até reproduzir em seus corpos os mesmos sinais e sintomas da doença do paciente. Pode ocorrer também o isolamento de um ou mais membros da família, ou de isolarem o próprio paciente, uma dificuldade na comunicação e no laço social, hostilidade ou uma aparente frieza no tratamento com quem está doente (Ismael & Oliveira, 2008).

Nossa experiência clínica evidencia que nestas situações nem o paciente nem a família podem vivenciar a situação de iminência da morte. A família de J.D. chora nos corredores do hospital, e dentro da enfermaria, ao lado do paciente, se força a estar sorrindo o tempo todo, confortando-o, pois ele não pode saber o que está acontecendo. Não há a oportunidade de se despedir, de elaborar, de dar algum sentido à situação, de vivenciarem juntos esse momento em que o real da morte vem de forma tão irruptiva.

Foi porque a família chorava copiosamente nos corredores do hospital que a equipe solicitou o atendimento do analista: eles estavam perturbando a ordem do hospital, local em que o discurso médico, que é vinculado ao discurso do mestre, impera. Este discurso preza pela ordem, e exclui a subjetividade e o gozo, que ali não se inscrevem, estão debaixo da barra (Lacan, 1992b/1969-70). Tudo o que tenta desorganizar esse “sossego” é rapidamente silenciado. Assim, uma das principais fontes ao chamado do analista no hospital é por questões da equipe de saúde e de sua dificuldade de lidar com a subjetividade do paciente e de sua família.

Negro (2008) reconhece a importância dos escritos de Ariès sobre a conspiração do silêncio, que evoca a imagem do paciente no fim da vida como uma criança enganada, traída, mas ressalta que isso pode ser um exagero se for generalizado a todos os casos, visto que estas situações envolvem também o inconsciente do paciente: até que ponto ele não sabe ou ele mesmo não quer se haver com a própria morte? Como abordado, Freud em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (2015a/1915) discorre sobre como a morte não tem inscrição no inconsciente, e como desde o homem primevo agimos como se a morte não existisse, como se fôssemos imortais.

J.D. estava internado em uma ala do hospital chamada Centro de Alta Complexidade, que atende de maneira geral pacientes oncológicos e renais crônicos, e ele tinha conhecimento do setor em que se encontrava. Em sua enfermaria, havia mais dois leitos, ambos com pacientes em estados clínicos mais graves que o seu. Durante o período dos atendimentos com o paciente, ele sempre relatava que estava internado por causa de seu “mal de intestino”, mas que estava se sentindo bem e que o médico e a família diziam que estava melhorando. Nesses momentos, olhava em direção ao analista buscando também esta confirmação.

Uma possibilidade de atuação do analista frente ao desamparo da clínica da terminalidade é o que Negro (2008) chama de posição de abstinência. Quando o sujeito que está em grande sofrimento pergunta algo ao analista, ele espera uma espécie de oráculo, alguém que tenha um saber sobre sua situação. Contudo, nessa relação com o analista não encontra o saber, mas encontra o desejo: o desejo do analista. Na busca por uma verdade absoluta, por um saber ou por uma técnica que o tranquilize, o paciente encontra o analista, que coloca em jogo a castração. Propomos um trabalho diferente, que cabe ao paciente aceitar ou não.

É um trabalho difícil para o analista não responder a estas demandas com seus próprios fantasmas ou indo na direção de uma moral que tranquiliza. Cabe a ele reconhecer o sintoma que ali existe, e a partir disto, operar com o desamparo que se assoma à situação. Negro (2008) recorda: ao tentar tamponar esse sintoma, agimos como todo neurótico, que se recusa lidar com a castração.

Constata-se também que a recusa familiar em contar ao paciente diz de sua própria dificuldade em aceitar o real da situação, o real da morte. Ao dizer que o paciente não suportaria saber da verdade, estão dizendo que eles mesmos não estão suportando saber a verdade. Freud diz que negar algo em consciência significa dizer que isso seria algo que o sujeito preferiria recalcar, esse mecanismo é visto por ele como o substituto intelectual do recalçamento (Freud, 2019c/1925). Além disso, quando um outro querido adoece ou morre, sentimos a morte como possível, pois neste outro está investido partes do eu, nossa própria libido (Freud, 2015a/1915).

A castração que o neurótico tenta recalcar a todo custo retorna intensamente. A suposta proteção ao paciente revela uma projeção narcísica das próprias questões com a transitoriedade.

Durante o mês de atendimentos diários com o J.D. e com sua família, percebi como o silêncio forçado causava ainda mais angústia em sua família, que ainda seguia decidida em relação a não revelar o quadro a ele. Este, por sua vez, começava a admitir verbalmente que suspeitava que algo estava diferente. Sentia em seu corpo o agravamento dos sintomas, e, como supracitado, estava em uma ala com pacientes graves, que faleceram com o passar dos dias.

Considerando estas peças iniciais do quebra-cabeça, a saber: o nome da ala (Centro de Alta Complexidade) e os pacientes graves a seu lado, gostaria de inserir o que considero mais importante na decifração desse enigma: o silêncio, a não-ação por parte de sua família. Pude atender nesse mês a esposa e os quatro filhos, e percebi como naquele momento estavam todos unidos e mobilizados em cuidar de J.D. Mesmo assim, a angústia e o sofrimento eram bastante evidentes. A saída que eles encontraram foi fingir que estava tudo bem, e sofrer cada um só e por si só, eles não se permitiam nem mesmo conversar com o outro sobre o que estava acontecendo.

Como discutido, Lacan ao inserir em seu ensino a noção de tempo lógico, demonstra os três momentos deste tempo utilizando-se de um sofisma, o sofisma dos três prisioneiros. Nesse sofisma, o diretor de um presídio propõe a três prisioneiros suas respectivas liberdades. Para isso, ele os coloca em uma cela na qual dispõe de cinco discos: três brancos e dois pretos. O diretor cola um disco branco nas costas de cada um dos prisioneiros e lhes diz que o primeiro a adivinhar corretamente qual a cor de seu disco estará livre. Os prisioneiros iniciam um trabalho de raciocínio para decifrar a cor de seu disco, baseado nos discos dos outros e em suas reações. Os três prisioneiros concluem juntos, evidenciando que, hipoteticamente, os três têm condições de solucionar o enigma. Lacan (1998a/1945) encontra a solução perfeita para o sofisma ao introduzir dados temporais na decifração deste enigma: a não-ação dos outros prisioneiros e a urgência em concluir, pois se algum prisioneiro chegasse à porta primeiro e acertasse a cor do seu disco os outros dois continuariam privados de sua liberdade.

Proponho pensar o sofisma no caso de J.D.: sabendo de sua liberdade em jogo, ou seja, a possível cura de seu “mal de intestino”, em um primeiro momento ele dizia-se melhor, caminhando em direção à cura, buscava indícios para afirmar que seu disco era preto. No entanto, outros dados passaram a ser considerados: J.D. levou em conta a não-ação de seus familiares, que metaforicamente também podem ser vistos como prisioneiros desta situação.

Somado esse raciocínio que já estava sendo feito há algum tempo, na última semana dos atendimentos seus sintomas pioraram, e com isso a função da pressa foi instaurada, pois mesmo

que baseado em uma suspeita, a iminência da morte tem efeitos na temporalidade, invertendo o tempo e passando assim para o momento de concluir. J.D. passou, portanto, a suspeitar de uma segunda hipótese, a hipótese de que seu quadro era grave, que as coisas não andavam bem, ou seja, que seu disco na verdade era branco.

É importante dizer que cada sujeito opera com seu tempo e que este deve ser respeitado. Lacan aponta que se pode passar do instante de ver para o momento de concluir, sendo assim o tempo de compreender incomensurável. É possível também que o sujeito conclua algo mas decida voltar ao tempo de compreender, entre outras tantas possibilidades (Lacan, 1998a/1945).

No entanto, na clínica de pacientes com diagnóstico de doença terminal, a iminência da morte vem como um real que chega de forma intensa, forçando o momento de concluir definitivo. Foi o que ocorreu com J.D.: quando começou a verbalizar sua hipótese do disco branco, nessa última semana dos atendimentos, teve uma piora súbita de seu quadro clínico e morreu, justamente nas condições discutidas acima: sem poder dar algum sentido a sua própria doença e mortalidade e sem poder elaborar, vivenciar esse momento com sua família, caso fosse de seu desejo.

Ariès (2003) aponta que, na conspiração do silêncio, o paciente tende a entrar no jogo, também fingindo que está tudo bem, atuando nesta peça. Criam uma ficção para lidar com o real insuportável. J.D. por um tempo se submeteu a esta lógica, contudo, a partir do momento em que a sentiu mais próxima a iminência da morte, este cenário se deslocou.

Em um contexto de atendimento hospitalar, evidencia-se a dimensão de histericização do indivíduo diante dos protocolos médicos. O sujeito pode se identificar aos significantes fornecidos pela equipe de saúde, aos dados objetivos, clínicos, aos diagnósticos fornecidos por ela. A cura é pautada na expectativa – trágica – da verdade absoluta e incontestável do saber médico. Contudo, em meio a todos esses dados, há um vazio insuportável que não dá conta de aliviar o sofrimento. Dentre as defesas diante desta situação, o sujeito pode optar por nada saber sobre o que está ocorrendo a si (Rocha, 2007).

Pensamos que foi a partir dessa situação, após ter entrado no jogo da conspiração do silêncio e não ter experimentado um apaziguamento de sua angústia que J.D. passou a buscar um outro caminho. Apostamos que J.D. sempre “desconfiou” da gravidade do seu caso, mas precisou de seu próprio tempo, tempo de compreender, e, a partir dos atendimentos com o analista, das peças que foi juntando no decorrer dos dias, somado a não-ação da sua família, os outros prisioneiros desse sofisma, pôde começar a desenvolver esta hipótese.

Percebe-se assim como o manejo clínico da relação do paciente com o tempo na clínica com pacientes em situação de terminalidade é importante. Por um lado, o sujeito vive sua

própria temporalidade, às vezes dilatada, na angústia e no tédio, às vezes retraída, como nos momentos de felicidade (Ferrari et al., 2017). Contudo, há a iminência da morte que causa uma quebra desse tempo lógico, estabelecendo a função da pressa, mesmo que, como no caso de J.D. não tenha sido possível concluir a tempo.

MOMENTO DE CONCLUIR

– Acabou! – disse alguém por cima dele.

Ouviu estas palavras e repetiu-as em seu espírito.

“A morte acabou – disse a si mesmo. – Não existe mais.”

Aspirou ar, deteve-se em meio do suspiro, interioçou-se e morreu.

(Lev Tolstói, *A morte de Ivan Ilitch*)

Durante o percurso desta dissertação, buscamos suscitar a discussão sobre as perspectivas de atuação do analista na clínica da terminalidade, fazendo uso do manejo clínico da temporalidade. Quando se recebe a notícia de uma doença terminal, o sujeito é defrontado com a castração de maneira muito dura, sem o véu do simbólico ou do imaginário. Saber que se está morrendo faz com que o momento de concluir se precipite, e pode ter como consequência a estagnação do sujeito no instante de ver, imerso nesse real que o desampara, ou chegando a conclusões sobre sua situação muito rapidamente, sem analisá-las em seu devido tempo.

O momento de concluir não é necessariamente consonante à chegada da morte. Como abordado durante a análise dos fragmentos clínicos advindos da prática profissional do pesquisador, há casos em que o sujeito consegue “concluir” algo antes da chegada da morte, como por exemplo o caso de M., que decidiu despedir-se de seu filho e assim conseguiu fazê-lo; ou N. que trouxe à tona a necessidade de dizer de seu casamento findado há mais de 30 anos e, retroativamente, o ressignificou. Remetemos também a L., que escreve uma carta de efeitos catárticos à equipe de saúde e a sua família dizendo de sua situação ao estar hospitalizada.

No entanto, em outros casos, isso não acontece: a morte continua com o efeito de precipitar o momento de concluir, mas chega antes que o sujeito “finalize” sua conclusão. J., o professor de português e literatura, encontrou como saída escrever um livro sobre sua história, e ainda que tenha iniciado sua produção – isso acarretou importantes efeitos – não consegue terminá-lo a tempo. No caso de C., foi possível observar como ela morre sem se conciliar com suas irmãs, repetindo um traço de gozo paterno. Temos também, J.D., o último caso discutido, em que começa a se questionar sobre seu mal de intestino, contudo, falece antes de chegar a uma conclusão, antes de verificar a cor de seu disco.

Apesar de o analista trabalhar no contexto hospitalar com o tempo de compreender, inserindo uma pausa na pressa – que é a modalidade temporal predominante nesse ambiente – sempre há algo que não será compreendido. A dimensão trágica da existência, o confronto com a morte sempre deixa um resto, pois a verdade está além do saber que pode ser construído.

Na primeira parte deste trabalho abordou-se que o inconsciente não conhece a morte, pois ela é marcada pela absoluta falta de sentido ou representação. Entendemos esta proposição resgatando um ensinamento primordial de Freud em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (Freud, 2015a/1915): de que a morte não se inscreve no inconsciente por se tratar de um conteúdo negativo. A mesma afirmação podemos fazer do tempo, tema abordado na segunda parte, com a constatação freudiana: o inconsciente é atemporal. A sua própria maneira, o inconsciente também desconhece o tempo. Portanto, estabelecemos um laço entre as duas principais proposições desta dissertação. Em Freud, ambos se unem pela sua negatividade e pela impossibilidade de inscrição no inconsciente.

Freud trata o tempo primordialmente no contexto em que ele se relaciona com o surgimento do sujeito, com a sua fundação enquanto desejante. Nesta dissertação trabalhamos com o tempo em seu outro extremo, em que o relacionamos não com o nascimento do sujeito, mas com sua morte. A morte ocorre quando o tempo do ser se finda, termina.

Utilizaremos como exemplo *A transitoriedade* (2015b/1916), produção freudiana discutida no subtópico O inconsciente não conhece a morte. Ali, o poeta Rilke sofre em relação à finitude dos objetos do mundo: as flores, as paisagens, as estações do ano. Em um passeio, ele constata que todas elas chegam a seu fim: elas morrem – se pensarmos no âmbito da morte; ou seu tempo se cessa – se focarmos na questão do tempo. Nessa situação, o poeta somente considera a transitoriedade dos objetos, do mundo a sua volta. Implicitamente, não está em questão sua própria morte ou passar do tempo em si mesmo enquanto sujeito. Isso revela a constante tensão existente entre o tempo e a morte no psiquismo.

O caso de J. também denuncia este aspecto: sua solução singular diante da iminência da morte, que lhe precipita um momento de concluir, foi escrever um livro sobre sua vida. A partir da escrita, ele busca driblar sua condição de mortal e viver eternamente, em um tempo infinito, na forma de palavras. Ao se encontrar em uma zona entre-duas-mortes, ele busca evitar a segunda morte, a morte simbólica, garantindo um lugar para si no campo de significantes do Outro.

Freud em um primeiro momento de sua obra, notadamente no contexto sócio histórico da Primeira Guerra Mundial, produziu importantes textos sobre a metapsicologia da morte, como *O tema da escolha do cofrinho* (2010b/1913), *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (2015a/1915) e *A transitoriedade* (2015b/1916). Ele trata o tema da morte brevemente em outros textos como *Totem e Tabu* (2012/1913), em que mostra que o primeiro crime da humanidade foi um assassinato, e *O Infamiliar* (2019b/1919), explicitando o aspecto de *Unheimliche* presente na morte. Nesse primeiro período, ele aborda a morte como um fenômeno

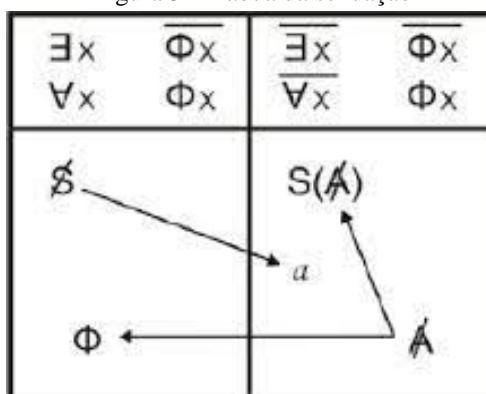
universal, isto é, como algo que estamos todos submetidos, e que não podemos escapar. A partir de 1920, com *Além do princípio do prazer* (Freud, 2011a/1920), ele interioriza a morte no aparelho psíquico, transformando-a em pulsão de morte, trabalhando o conceito em diversos textos, como *O eu e o Id* (2011b/1923) e *Por que a guerra?* (2010f/1933).

Tomaremos como foco este primeiro momento da obra freudiana. Se a morte é um real que todos iremos enfrentar, não podemos dizer de uma pessoa que não tenha morrido, que seja imortal. Desse modo, não existe um só sujeito para qual a morte não tenha iminência. Propomos aqui transpor esse raciocínio para o contexto da tábua da sexuação de Lacan, formalizada no *Seminário 20, Mais ainda* (1985d/1972-73).

Essa associação é justificada também pelo fato do sexo e a morte serem tópicos que estão em constante interlocução. Ariès (2003), por exemplo, conecta o sexo e a morte no sentido de ambos serem um tabu para a sociedade, sendo assuntos que não podem ser comentados abertamente. No *Seminário 11* (Lacan, 1985c/1964), Lacan associa a morte ao sexual, ao falar sobre a transitoriedade, a sobrevivência de uma espécie e as pulsões, que atingem apenas parcialmente a curva de realização da sexualidade do sujeito: “Como espantar-se que seu último termo seja a morte? Pois que a presença do sexo está ligada à morte” (Lacan, 1985c/1964, p. 168).

A tábua da sexuação foi formalizada por Lacan como uma construção lógica que envolve os ensinamentos freudianos e lacanianos sobre a sexualidade para dizer das formas em que o ser falante pode lidar com a castração, explicitando nesse contexto seus modos de gozo. Ela é dividida em quatro quadrantes, como exibido na Figura 5.

Figura 5 – Tábua da sexuação



Fonte: Lacan (1985d/1972-73, p. 105)

Sabemos da complexidade e diversidade das discussões que a apresentação da tábua suscita, como por exemplo os modos de gozo diante da função fálica e a discussão sobre o

feminino, temas que possuem vasta produção no meio psicanalítico. Contudo, optamos por abordá-la principalmente em sua metade superior pela via das fórmulas proposicionais desenvolvidas por Lacan, relacionando o todo e o não-todo em seus aspectos de universal-particular; completo-completo não-todo; finito-infinito; identidade-alteridade; binômios trabalhados por Miller (2016). Tomamos também como referência o comentário de Miller (2010b), que realiza uma correspondência entre o discurso do mestre ao lado esquerdo da tábua e atribui à psicanálise uma afinidade ao lado direito.

Na parte esquerda da tábua, temos o lado masculino, ou o lado do todo, como o nomearemos aqui. Na parte direita, temos o lado feminino ou, como abordaremos, o lado não-todo. Na metade superior, Lacan usa quatro fórmulas, inspirado na lógica aristotélica do silogismo, além de utilizar dos ensinamentos do matemático Frege. Lacan subverte o que foi ensinado por Aristóteles e Frege ao colocar a negativa também no quantificador existencial (não existe um x) e ao inserir a noção de não-todo nas proposições lógicas.

Na metade inferior se encontram símbolos da teoria psicanalítica para estabelecer relações sobre os modos de gozo de cada lado, sendo eles o sujeito dividido ($\$$), o objeto a (a), o símbolo fálico (Φ), o significante da mulher ($A/$) e o significante da falta do Outro ($S(A/)$).

Interessante destacar que um dos exemplos de silogismo mais famosos é “todos os homens são mortais” ou “todos os homens devem morrer”. Freud em *O infamiliar* (2019b/1919) trata desta proposição, explicitando que, por mais que ela seja comum nos manuais de lógica, sendo considerada uma afirmação universal, há dificuldade de explicá-la totalmente, o que evidencia a dificuldade de definir a morte.

Atentemos primeiramente à parte superior esquerda da tábua. Do lado do todo, lemos na primeira proposição: “existe um x para que a função fálica não incide”; e na segunda: “para todo x é verdadeiro que a função fálica incide”. A primeira proposição é baseada em *Totem e Tabu* (2012/1913), notável produção freudiana. Neste texto, Freud trabalha o mito da tribo em que o líder poderia gozar de todas as mulheres, tendo acesso ilimitado a elas. Por ser líder, ele impedia que os outros homens tivessem o mesmo acesso. Assim, esses homens se reúnem e assassinam o líder da horda. Após esse assassinato, os demais se sentem culpados, e erguem um totem para representar a lei do líder, estabelecendo o Estado civilizado e o nascimento da primeira lei, a de proibição do incesto. A proibição de acesso ao gozo ilimitado segue, contudo agora de forma simbólica (Freud, 2012/1913).

Esse mito primordial desvela um princípio lógico utilizado por Lacan: de que uma exceção funda a regra, o conjunto. Se é verdadeiro que para todo x a função fálica incida, isso se dá porque houve alguém que não foi castrado, isto é, o pai primevo. Por ter existido o pai da

horda, a exceção à regra que todos são castrados, é possível dizer que todos que se inscrevem do lado todo da tábua formam um conjunto.

Passemos ao quadrante superior direito da tábua, o lado não-todo. Ali, também temos duas proposições, que são lidas como: “não existe um x para que a função fálica não incida” e “para não-todo x é verdadeiro que a função fálica incide”. Desse lado, por não existir um ser falante que não seja castrado, não é possível dizer de um conjunto. Do lado não-todo, não há conjunto, os integrantes se contam um a um. Quem escolhe estar deste lado é não-todo dentro da função fálica, isto é, tem uma parte ancorada na castração, no simbólico e outra parte não, que se refere ao real, o que não pode ser simbolizado. É neste sentido que Lacan em *Televisão* (2003c/1974), diz que as mulheres não são loucas de todo, pois se estivessem todas referenciadas ao real, seriam completamente “loucas”.

Após essa sucinta incursão, podemos pensar novamente na questão da morte. Se não existe um x para qual a morte não incida, ou seja, não existe alguém que seja imortal, propomos abordá-la pela via do não-todo da tábua da sexuação. Tomando como inspiração o aforismo lacaniano “A mulher não existe”, pois do lado feminino da tábua as mulheres não formam conjunto por não existir A mulher, a exceção que funda a regra, denominaremos nosso argumento como “A morte não existe”. Defendemos a partir da exposição dos casos clínicos deste trabalho que a relação do sujeito com sua própria finitude se conta uma a uma, não formando conjunto e de forma não-toda, ou seja, não-toda dentro do registro simbólico, transpondo o que o discurso médico propõe para lidar com a morte.

Para nossa elucubração, leremos o símbolo Φ da função fálica como a morte. Relendo a segunda proposição do lado não-todo, para não-todo x é verdadeiro que a função fálica incide, teremos, para não-todo x é verdadeiro que a morte incide. Nessa acepção, a morte existe para não-todo x porque ela diz do registro do real, de algo que não é simbolizável no inconsciente. Deste modo, ela sempre incidirá de forma não-toda para o sujeito, isto é, ela acarretará em efeitos que o sujeito conseguirá simbolizar, mas outros aspectos não serão possíveis.

Isso se torna uma possibilidade de atuação para o analista, pois, ainda que a iminência da morte venha como um real traumático, o simbólico que o ser falante está ancorado pode servir de anteparo para ele. Freud e Lacan, cada um à sua maneira, apontam que, se não é possível dizer muito da morte, podemos dizer de seu “oposto”, isto é, da vida. Lacan (1985d/1972-73) mostra o enlaçamento entre estes dois opostos ao tratar da dimensão da vida, apontando como existe aí uma ambiguidade significante, pois a função da vida comporta tanto a vida quanto a morte.

Como visto no primeiro capítulo, Freud (2010e/1915) defende:

Não seria melhor dar à morte o lugar que lhe cabe, na realidade e em nossos pensamentos, e pôr um pouco mais à mostra nossa atitude inconsciente ante a morte, que até agora reprimimos cuidadosamente? Isso não parece uma realização maior, seria antes um passo atrás em vários aspectos, uma regressão, mas tem a vantagem de levar mais em conta a verdade e nos tornar a vida novamente suportável. Suportar a vida continua a ser o primeiro dever dos vivos. A ilusão perde o valor se nos atrapalha nisso. Recordemo-nos do velho ditado: *Si vis pacem, para bellum*. Se queres conservar a paz, prepara-te para a guerra. No momento atual caberia mudá-lo: *Si vis vitam, para mortem*. Se queres aguentar a vida, prepara-te para a morte. (Freud, 2010e/1915, p. 182)

Em seu famoso Discurso na Universidade de Louvain, Lacan (1972) complementa o comentário de Freud, afirmando que tratar da morte é importante para, paradoxalmente, permitir que o sujeito se volte para a vida:

Fazemos bem em crer que vamos morrer, certamente isso nos dá forças. Se não acreditarem nisso, poderiam vocês suportar a vida que levam? Se não estivessem solidamente apoiados nessa certeza de que há um fim, como é que vocês poderiam suportar essa história? (Lacan, 1972)

No decorrer dos fragmentos dos casos trabalhados nesta dissertação, percebemos a potencialidade deste desdobramento. Diante da dificuldade de dizer da sua própria qualidade de ser mortal, os sujeitos trazem importantes pontos de sua vida, estejam estes pontos virtualmente inscritos no passado, como N., que trouxe à tona a necessidade de elaborar as decisões sobre o fim de seu casamento, ou no futuro, como J., que começou a escrever um livro sobre sua própria vida.

O não-todo não se refere a uma incompletude, como se algo faltasse. Como há uma parte que está ancorada no real, a função fálica não faz borda, acarretando em uma abertura ao infinito. Esse infinito pode ser entendido também como a capacidade de criação do sujeito do inconsciente, como nos casos discutidos em que cada um encontrou sua própria saída para lidar com a iminência de sua morte. Desse modo, tomados um a um, não formam conjunto porque são incomensuráveis, cada um cria sua própria forma de se haver com a morte. O não-todo diz de uma inconsistência, não de uma incompletude, como um todo que falta uma parte.

Passemos à parte inferior direita, a que se refere aos modos de gozo do lado não-todo. Nela, temos o significante A/, que diz respeito À mulher que não existe, ou seja, que não há significante que possa dizer d’A mulher. O mesmo podemos dizer d’A morte: como a maneira que o sujeito lida com sua morte se conta uma a uma, e, como discutido, a morte diz de um real que não pode ser simbolizável, tampouco há significante que possa dizer dela. Por mais que avancemos na elaboração de um saber sobre a morte, sempre faltará algo que não pode ser dito, que fica no silêncio. Lacan (1992b/1969-70) aponta: “chama a atenção que as produções espontâneas que se formulam a nível do inconsciente se enunciam a partir disto – que a morte,

para quem quer que seja, é, propriamente falando, incognoscível” (Lacan, 1992b/1969-70, p. 116).

Em se tratando dos modos de gozo da metade inferior, o lado direito pode tanto se referir ao S(A/), como também pode se associar à função fálica (Φ), que se encontra do lado esquerdo. Miller (2016) aponta que o lado direito busca um parceiro “homem-bússola”, que lhe dê algum norte, algo com que se identificar. Na clínica da terminalidade, é muito comum ouvir demandas de “dicas” para lidar com esse momento tão difícil, pois para estes sujeitos é menos oneroso absorver uma resposta pronta do que criar uma própria. Nesse sentido, eles podem se identificar com as formas que o discurso médico trabalha a morte, mas é importante que o analista aponte também o resultado único e singular que pode surgir na relação de A/ com S(A/). Pode-se partir destas normas, mas, assim como acontece no lado direito, ultrapassá-las, abrindo-se ao infinito e ao ilimitado, saindo do campo da identificação e abrindo-se à diferença, à alteridade.

No gozo do lado não-todo, denominado por Lacan no decorrer do *Seminário 20* por diversos nomes, como gozo feminino, gozo da mulher, gozo do corpo ou gozo suplementar. Cabe atentar que o gozo é denominado de suplementar, não de complementar, pois ele não preenche a falta do lado fálico, vai além dela. A variedade de nomes para este gozo diz da sua dificuldade de precisá-lo, defini-lo, pois é situado no real. Ao se referir a ele como gozo feminino, Lacan (1985d/1972-73) trata de seu status, afirmando que as mulheres (seres falantes que se identificam ao lado feminino da tábua) não tem o que dizer dele, ele é carregado de um não-dizer, que também pode ser sentido no corpo. Ao comparar este gozo aos místicos, Lacan evidencia como pode-se dizer que este gozo é experimentado, mas não se sabe nada dele.

Isso nos remete ao texto freudiano *O tema da escolha do cofrinho* (2010b/1913), trabalhado na primeira parte, em que Freud associa a morte à mudez, ao silêncio. Na prática do analista na clínica da terminalidade, é notável como em várias situações o silêncio e a inibição perpassam sua atuação. Realmente, ao acolher um familiar que acaba de perder um ente querido, não há o que dizer. As palavras não bordejam esse real. Uma das possibilidades de atuação muitas vezes é o analista estar ali com seu corpo, reinstaurando a dimensão de um Outro que acaba de cair para o sujeito ali presente.

Quando essa irrupção é sentida no corpo ocorre um dos (des)encontros do discurso médico com o discurso analítico. A equipe de saúde ali presente tentará traduzir estes sinais corporais em S1 de seu discurso, como “o aperto no peito” relatado pelo paciente que é decodificado como dispneia, e a “cabeça pesada” que é entendida como cefaleia. A psicanálise entende o corpo de outra forma, como um corpo pulsional que não pode ser reduzido apenas aos fatores biológicos.

Assim, na argumentação trabalhada até aqui, podemos tratar o discurso médico considerando-o do lado todo da tábua. Este discurso produziu vários conceitos que possibilitam, dentro de seu campo discursivo, a operação com a morte. Dentre eles há a educação para a morte e a morte digna.

Para Braceras (2001), a medicina sofreu os efeitos da contemporaneidade com o enfraquecimento da lei do pai, com a quebra da verticalidade das relações. A autora compara o que ocorreu com o direito: nesse campo, surgiu a técnica das mediações, enquanto na medicina os cuidados paliativos ganharam força. É um dispositivo que, ainda pertencente ao discurso médico, busca ir contra sua onipotência.

A educação para a morte é uma forma encontrada para discutir o tema da mortalidade, já que ele é considerado um tabu. Ela pode ser feita nas escolas, empresas, com grupos leigos, com grupos de terceira idade, etc. Contudo, o foco em nossa discussão recai sobre os profissionais de saúde, como psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc., que trabalham com a morte em seu dia-a-dia, contexto em que ela é sua companheira cotidiana. Pode ser feita na forma de cursos de curta duração, vivências, palestras, materiais gravados em vídeo, disciplinas em cursos de graduação ou pós-graduação, dentre outros.

Ela envolve o desenvolvimento pessoal, o autoconhecimento, descobrir qual o sentido que a morte tem em sua vida, não apenas o simples repasse de informações, além de trabalhar com a preparação para a morte. A educação para a morte tem uma premissa individual, quer dizer, que não há respostas prontas para se preparar para a morte. Para Kovács (2005), a educação para a morte deve contemplar os seguintes pontos: sensibilização dos alunos sobre temas como suicídio, iminência da morte, dentre outros; apresentação de várias abordagens teóricas sobre a morte e; reflexão contínua sobre sua prática profissional, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos.

Mesmo assim, ainda está pressuposta a possibilidade de existir preparação para a morte. Nos questionamos: É possível educar-se para sua própria morte e para a morte de outros, sejam eles pacientes que atendemos ou pessoas de nosso círculo social?

A morte digna ou a boa morte segue o mesmo princípio: deve-se respeitar a autonomia do sujeito. No entanto, baseia-se na suposição de que a boa morte ocorre quando o sujeito está na fase de “aceitação” da doença e de que os outros participantes da situação, como a família, também devem estar de acordo. A partir disto, ele deverá resolver as questões em aberto, trabalhando seu desenvolvimento pessoal e decidindo as condições de sua partida (Menezes & Barbosa, 2013). Já que a medicina não consegue domar o mestre absoluto, a morte, que pelo menos consiga controlar as condições em que a cena final ocorre.

A boa morte pode ser entendida como uma forma em que a morte se torna um objeto de capital. É como se, diante da morte, a medicina pudesse oferecer um *gadget* – um medicamento, um procedimento clínico, etc. – que fizesse com que os indivíduos morressem da maneira mais indicada. O seguinte pedido é feito: “O senhor deseja morrer... melhor?” (Braceras, 2001).

O conceito de saúde em que o discurso médico (e conseqüentemente, a educação para a morte e a morte digna) se pauta é o da totalidade do bem estar bio-psico-social-espiritual, numa visão global do sujeito. Trata-se, portanto, do controle dos sintomas físicos que advêm com a doença e do apoio psicológico, social e espiritual ao paciente e familiares, ou seja, cuidar da pessoa como um *todo* (Menezes & Barbosa, 2013). Essa visão se refere à possibilidade de existir alguém que é exceção ao conjunto, que está simultaneamente “bem” biologicamente, psicologicamente, socialmente e espiritualmente, o que sabemos que é impossível. No sujeito sempre haverá um ponto faltoso, que não se submete a esse dito bem-estar.

Neste sentido, a base destas ações mostra como nesta perspectiva a morte é toda, totalmente simbolizável. Observemos alguns dos termos utilizados nestes estudos: “qualidade de vida na morte”, “qualidade de morte”, “desenvolvimento integral”, “dor total”, “cinco estágios do enfrentamento da morte”. É como se o simbólico pudesse dar conta de tudo o que a morte traz, categorizando este saber.

Estas técnicas tampouco consideram a dimensão do inconsciente. Como se preparar para algo que não se inscreve no inconsciente? Quais as conseqüências da iminência da morte para o sujeito do inconsciente? Para a psicanálise, situando a morte do lado não-todo, haverá sempre uma parte impossível de ser simbolizada, que pode advir como um gozo que não pode ser dito.

Freud, ao dizer que a morte não se inscreve no inconsciente, conclui que no fundo estamos todos convencidos de nossa própria imortalidade. A morte passa para o campo do possível quando perdemos alguém que nos é querido, porque com essa morte perdemos também parte de nossa libido investida (Freud, 2015a/1915b). Para Moretto (2019), outra perspectiva é quando nos vemos adoecidos, momento em que lidamos com a castração de maneira direta.

Constata-se que os cuidados paliativos são um tema de saúde pública e que pertencem aos direitos humanos (Menezes & Barbosa, 2013). Quanto a isso, concordamos. Mas estamos de acordo também com Laurent (2006), quando diz que os direitos humanos devem existir e são de extrema importância, mas a psicanálise deve ir além dele, buscando a particularidade que ali está em jogo.

Podemos pensar nesse sentido sobre o processo de psicologização que a morte passa atualmente, principalmente nos cuidados paliativos. Os estudos de Kübler-Ross, por exemplo,

ampliaram a visão da equipe multidisciplinar ao tratar de pacientes com diagnóstico de doença terminal, dando-lhe um espaço para dizer de seu próprio tratamento.

Contudo, como nos diz Lacan (1992b/1969-70), é muito fácil sair do discurso do analista e deslizar para o discurso do mestre. Os cuidados paliativos criaram uma espécie de “psicologia do moribundo”, que busca avaliar os mecanismos de defesa do paciente, identificar o estágio de luto em que ele se encontra e analisar suas emoções. Tenta-se estabelecer perfis psicológicos diante da morte. O analista deve estar atento para não usar, por exemplo, dos cinco estágios desenvolvidos por Kübler-Ross para categorizar e universalizar mais uma vez o sujeito, ignorando sua subjetividade que é sempre única (Doucet, 2005). Com seu ato, o analista tem a tarefa de fazer valer a dimensão subjetiva e única deste último acontecimento na vida do sujeito, que tende a ser escamoteado pelo gerenciamento da equipe de saúde (Pujó, 2001).

É neste sentido que situamos a educação para a morte e a morte digna do lado todo da tábua da sexuação. Categorizar a morte é tomá-la como um conjunto. Para haver conjunto, deve existir então uma exceção – um pai da horda – um x que não morreu. As teorias de educação para a morte e de morte digna se colocam nessa posição de exceção, buscando ensinar a todos o que é a morte e como morrer da melhor maneira, o que se torna um ponto de disjunção para a psicanálise.

No mito de *Totem e tabu*, o pai possui uma função ambivalente para os outros membros, provocando tanto terror quanto o amor, ele ao mesmo tempo que sufoca os filhos, traz a calma, a ordem. E é justamente por isso que ele deve ser vencido. Além disso, pensamos com Lacan (1985d/1972-73) que os seres falantes que se inscrevem neste lado da tábua almejam vencer a castração, ou seja não serem mais castrados, visto que aqui há uma exceção em que a função fálica não se aplica.

Ponderamos, nesse sentido, na formação dos membros da equipe de saúde, representantes do discurso médico. Estes profissionais são formados para vencer a morte a qualquer custo. Se ocorre uma morte em seu plantão, ela é vista como erro ou imperícia médica, e elicia diversos efeitos negativos na equipe. A morte é uma inimiga que deve cegamente ser combatida (Kovács, 2010). Não há espaço para sua inserção no discurso médico.

Para Renault (2004) o médico está entre duas armadilhas: a primeira é a de recusar as questões emocionais que o paciente mobiliza dentro da relação médico-paciente. É o desejo de saber, de curar que ocupa todo o lugar nessa relação. A segunda armadilha se deve à uma grande suposição de poder ao saber médico. Pode ser que o médico subestime sua posição enquanto agente que visa a cura, e quando uma morte acontece, há efeitos nesse indivíduo.

Cada ocorrência de uma morte marca o limite ao saber médico. A morte é um mestre, um mestre absoluto, que diz “você não sabe mais”. O desejo de curar, o desejo de ser um bom médico é barrado, pois para o discurso médico não há mais nada para se fazer, para se investigar. O luto pela perda de um paciente envolve também a perda de um prestígio imaginário (Renault, 2004). A epígrafe desta seção evidencia como a própria morte pode morrer para o sujeito, suspendendo suas relações de mestre absoluto e perdendo sua função “toda”.

O lado não-todo da tábua, por sua vez, não buscaria a mesma questão, pois neste lado não há uma exceção que não tenha passado pela morte. Isso tem como consequência diferenças na atuação do analista, que sabe que não é possível evitá-la. Ela está ali.

Por fim, assinalamos a não correspondência entre os dois lados da tábua da sexuação. É a partir disso que Lacan formula o aforismo “Não há relação sexual”, pois os dois lados dizem de coisas diferentes, não se complementam. Um lado se utiliza do universal em seu funcionamento e o outro não, é não-todo, pois ali o universal não existe. São lados que não se igualam, são assimétricos. O que pode acontecer são encontros, e isto sim ocorre nos hospitais, principalmente por estarem todos inseridos em uma equipe multidisciplinar. Entretanto, a forma com que ambos tratam da morte passa por uma impossibilidade estrutural.

Os princípios utilizados pelos cuidados paliativos podem ser transpostos em ideais, que têm como função evitar a angústia dos pacientes: a) a atenção integral, que é um ideal interdisciplinário; b) a morte digna, sendo um ideal bioético; c) o entendimento pleno com o paciente, como um ideal comunicacional; e d) a compaixão e o cuidado como ideais filantrópicos (Negro, 2008).

O ato de um analista no hospital depende de como ele lê e opera com esses ideais. Não iremos propor novos ideais ou sustentar os já existentes. Em uma perspectiva multidisciplinar, seguimos uma outra direção, ao mostrar a impossibilidade de se atingi-los. Fazemos uso deles para mostrar sua opacidade diante da singularidade do sujeito do inconsciente (Negro, 2008).

Tomando os quatro ofícios impossíveis, que são a base de cada discurso lacaniano, a saber: governar, educar, analisar e fazer desejar, Negro (2008) acrescenta mais um: paliar. O autor propõe um axioma para sustentar a atuação do analista dentro da clínica da terminalidade: a psicanálise não é paliativa.

Com o percurso trilhado até aqui, buscou-se expor que o encontro do sujeito com a morte não pode ser entendido como uma abordagem totalizante em nenhum sentido, seja ao pressupor a morte como completamente subjetivável, ou de ter o desamparo resultante deste contato totalmente apaziguado, tampouco pressupor categorias que possam dizer de como estas

peças irão reagir e se sentir diante da proximidade de sua morte. Se a morte é um evento inédito, que foge à regra da vida do sujeito, como prever o que irá acontecer?

Incluimos também nesta convergência a relação do sujeito com o tempo, sua experiência temporal ao vivenciar a condição de transitoriedade que lhe foi desvelada abruptamente. O manejo clínico da temporalidade permite que o analista coloque em jogo o caso a caso. Os três modos temporais propostos por Lacan – instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir – ainda que pareçam em um primeiro momento dizer de etapas que se seguem cronologicamente, evidenciam como a temporalidade psíquica se dá por escansões, por retornos e por moções suspensivas. Além disso, cada dimensão tem sua própria lógica temporal, seu próprio raciocínio e forma de conclusão.

A falta estrutural do psiquismo mostra como ele não é passível de totalização, de se tornar um sistema completo. Somos divididos, marcados por uma cisão primordial, necessária para nosso advento enquanto seres falantes. A forma com que o homem vivencia o tempo tem relação com essa falta. Incidimos sobre o tempo através de escansões, pausamos para depois retornarmos, voltamos a um evento passado para reorganizá-lo de uma outra forma. Haverá sempre uma tentativa de construção temporal ao redor dessa falta. O mesmo pode ser dito do tratamento analítico: como Freud ensina, ele exige tempo, dá voltas, pode ficar mais ou menos estagnado, as reminiscências são ressignificadas *a posteriori*, há sempre um elemento temporal presente. No campo da terminalidade, essa discussão se torna ainda mais relevante, visto que há ainda a vacilação entre uma pressa crescente e uma posição de espera diante da morte.

Deparar-se com sua própria morte é um acontecimento extremamente complexo e que envolve diversos fatores sociais, econômicos, políticos e psíquicos. Lacan (1997/1959-60) aponta a impossibilidade de se ter um manual que define os passos para construir uma relação com a morte. Não há regras, indicações, liturgias que possam bordejá-la totalmente. No final de uma análise – a análise que torna o analisante um analista – Lacan diz que o homem deve se confrontar com a realidade da situação humana. E continua: “É propriamente isso o que Freud, falando de angústia, designou como o fundo onde se produz seu sinal, ou seja, o *Hilflosigkeit*, a desolação, onde o homem, nessa relação consigo mesmo que é a sua própria morte, não deve esperar a ajuda de ninguém.” (Lacan, 1997/1959-60, p. 356).

Mesmo com a presença do ato do analista, a relação do homem com sua morte se dá de maneira solitária e singular. Não há regras ou conjuntos definidos *a priori*. A morte comporta em si um paradoxo: é o que há de mais universal, pois incidirá sobre todos, sem exceção, mas também é o que há de mais particular em um sujeito. Cabe a cada um a tarefa de encontrar o seu modo de travessia.

REFERÊNCIAS

- Agostinho, S. (1984). *Confissões*. Porto, Portugal: Livraria Apostolado da Imprensa.
- André, J. (2008). O acontecimento e a temporalidade: o après-coup no tratamento. *Ide*, 31(47), 139-167.
- Apuleio, L. (Séc. II a.C.). *Metamorfoses ou O asno de ouro*.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Ariès, P. (2014). *O homem diante da morte*. São Paulo: Editora UNESP.
- Baas, B. (1992). *O desejo puro*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.
- Barros, R. R., de. (2000). Apresentação. In J.-A. Miller, *A erótica do tempo*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. *Revista da SBPH*, 16(2), 25-41.
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada, respuesta del psicoanálisis en las instituciones. In: I. Sotelo, *Tiempos de urgencia, estrategias del sujeto, estrategias del analistas*. Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.
- Belaga, G. (2006). Presentación. In G. Belaga, *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 11-12). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Braceras, D. (2001). La ideología del buen morir. In *Psicoanálisis y hospital: El ser hablante y la muerte*. Año 10, número 20. Buenos Aires, Argentina: Verano.
- Cassin, B. (2017). *Jacques, o sofista. Lacan, logos e psicanálise*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Doucet, C. (2005). La clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort. *L'évolution psychiatrique*, 70, 605–612.
- Ferrari, I., Calmon, A., & Teixeira, A. (2017). Semiologia da temporalidade e espacialidade. In A. Teixeira, H. Caldas, *Psicopatologia lacaniana I: semiologia*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Freud, S. (1926). *O valor da vida: uma entrevista rara de Freud*. Trad. Paulo César Souza
Recuperado de
http://www.sedes.org.br/Departamentos/Formacao_Psicanalise/ActoFalho9/entrevista_com_freude.htm
- Freud, S. (1990). Projeto para uma psicologia científica (Trabalho originalmente publicado em 1895). In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996a). Carta 52 (Trabalho originalmente publicado em 1896). In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. I (pp. 281-287). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996b) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 69 (Trabalho originalmente publicado em 1897). In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1999). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (O Pequeno Hans)* (Trabalho originalmente publicado em 1909). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (2010a). O início do tratamento (Trabalho originalmente publicado em 1913). In S. Freud, *Obras completas, volume 10. Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia, relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), Artigos sobre a técnica e outros textos. (1911-1913)*. São Paulo: Companhia da Letras.

Freud, S. (2010b). O tema da escolha do cofrinho (Trabalho originalmente publicado em 1913). In S. Freud, *Obras completas, volume 10. Observações Psicanalíticas sobre um caso de paranoia, relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), Artigos sobre a técnica e outros textos. (1911-1913)*. São Paulo: Companhia da Letras.

Freud, S. (2010c). História de uma neurose infantil (Trabalho originalmente publicado em 1918[1914]). In S. Freud, *Obras completas, Volume 14: ("O homem dos lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2010d). Introdução ao narcisismo (Trabalho originalmente publicado em 1914). In S. Freud, *Obras completas Volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2010e). O inconsciente (Trabalho originalmente publicado em 1915). In Freud, S. *Obras completas Volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2010f). Por que a guerra? (Trabalho originalmente publicado em 1933). In S. Freud, *Obras completas: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2011a) Além do princípio do prazer (Trabalho originalmente publicado em 1920). In S. Freud, *Obras completas, Volume 14: ("O homem dos lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2011b). O Eu e o Id (Trabalho originalmente publicado em 1923). In S. Freud, *Obras completas: O Eu e o Id "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2011c) Nota sobre o bloco mágico (Trabalho originalmente publicado em 1924-25). In S. Freud, *Obras completas: O Eu e o Id "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Cia das Letras.

Freud, S. (2012). Totem e tabu (Trabalho originalmente publicado em 1913). In S. Freud, *Obras completas, volume 11: Totem e tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2014a). Inibição, sintoma e angústia (Trabalho originalmente publicado em 1926). In S. Freud, *Obras completas: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2014b). O futuro de uma ilusão (Trabalho originalmente publicado em 1927). In S. Freud, *Obras completas: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2015a). Considerações atuais sobre a guerra e a morte (Trabalho originalmente publicado em 1915). In: S. Freud, *Obras Completas, Volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e outros textos* (pp. 156-187). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2015b). A transitoriedade (Trabalho originalmente publicado em 1916). In: S. Freud, *Obras Completas, Volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e outros textos* (pp. 156-187). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2016). *Obras completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer* (Trabalho originalmente publicado em 1893-95). São Paulo: Companhia da Letras.

Freud, S. (2018). Construções na análise (Trabalho originalmente publicado em 1937). In S. Freud, *Obras completas: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)*. São Paulo: Cia das Letras.

Freud, S. (2019a). A interpretação dos sonhos (Trabalho originalmente publicado em 1900). In S. Freud, *Obras completas, volume 4*. São Paulo: Companhia da Letras.

Freud, S. (2019b). O Infamiliar (Trabalho originalmente publicado em 1919). In S. Freud, *O Infamiliar [Das Unheimliche] - Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Freud, S. (2019c). A negação (Trabalho originalmente publicado em 1925). In S. Freud, *O Infamiliar [Das Unheimliche] - Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp.141-152). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Freud, S. (2020). O Mal-estar na cultura (Trabalho originalmente publicado em 1930). Belo Horizonte: Autêntica.

Gay, P. (1989). Freud - Uma vida para nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras.

Goethe, J. W., von (2008). *As Afinidades Eletivas*. São Paulo: Nova Alexandria.

Gondar, J. (1995a) *Os tempos de Freud*. Rio de Janeiro: Revinter.

Gondar, J. (1995b). A multiplicidade de tempos na metapsicologia. In C. S. Katz, *Temporalidade e psicanálise*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Guéguen, P. G. (2010). El tiempo de Freud y el de Lacan. In J.-A. Miller, *Los usos del lapso*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Hennemann-Krause, L. (2012). Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 18-25.

Ismael, S. M. C., & Oliveira, M. F. P. (2008). Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In E. Knobel, P.B.A. Andreoli, & M.R. Erlichman. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves* (pp.83-91). São Paulo: Atheneu.

Kant, I. (2001). *Crítica da razão pura*. Lisboa, Portugal: Calouste Gulbenkian.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 25(3).

Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429.

Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer* (Trabalho originalmente publicado em 1969). São Paulo: Martins Fontes.

Kubrick, S. (Produtor & Diretor). (1968). *2001: Uma Odisseia no Espaço*. Los Angeles, EUA: Metro-Goldwyn-Mayer Studios (MGM).

Lacan, J. (1972). *Conferência em Louvain*. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=njA-1a4N_iw

Lacan, J. (1983). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud* (Trabalho originalmente publicado em 1953-54). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1985a). *O seminário, livro 2: o Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (Trabalho originalmente publicado em 1954-55). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1985b). *O seminário, livro 3: as psicoses* (Trabalho originalmente publicado em 1981). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1985c). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (Trabalho originalmente publicado em 1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1985d). *O Seminário, livro 20: mais, ainda* (Trabalho originalmente publicado em 1972-73). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1992a). *O Seminário, livro 8: a transferência* (Trabalho originalmente publicado em 1960-61). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1992b). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (Trabalho originalmente publicado em 1969-70). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1997). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (Trabalho originalmente publicado em 1959-60). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998a). O tempo lógico e a asserção de uma certeza antecipada (Trabalho originalmente publicado em 1945). In J. Lacan, *Escritos* (pp. 197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998b). Intervenção sobre a transferência (Trabalho originalmente publicado em 1951). In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998c). Função e campo da fala e da linguagem (Trabalho originalmente publicado em 1953). In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998d). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (Trabalho originalmente publicado em 1960). In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998e). Kant com Sade (Trabalho originalmente publicado em 1962). In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina (Trabalho originalmente publicado em 1966). *Opção Lacaniana*, 32(10).

Lacan, J. (2003a). Homenagem a Marguerite Duras pelo arrebatamento de Lol V. Stein (Trabalho originalmente publicado em 1965). In J. Lacan, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (2003b). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (Trabalho originalmente publicado em 1967). In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (2003c). Televisão (Trabalho originalmente publicado em 1974). In J. Lacan, *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Laurent, E. (2006). Hijos del trauma. In: G. Belaga, *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho, H. F. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. São Paulo: ANCP.

Menezes, R. A., & Barbosa, P. C. (2013). A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2653-2662.

- Miller, J.-A. (2000). *A erótica do tempo*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Miller, J.-A. (2004). Biologia lacaniana e acontecimento de corpo. *Opção Lacaniana Online*, (41), 7-67.
- Miller, J.-A. (2008). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Scriptum Livros.
- Miller, J.-A. (2010a) *Los usos del lapso*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J.-A. (2010b). Mulheres e semblantes I. *Opção Lacaniana Online*, 1(1).
- Miller, J.-A. (2016). Uma partilha sexual. *Opção Lacaniana Online*, 7(20).
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Morin, E. (1997). *O Homem e a Morte* (Trabalho originalmente publicado em 1970). Rio de Janeiro: Imago.
- Moura, M. D. (2000) Psicanálise e urgência subjetiva. In M. D. Moura, *Psicanálise e hospital* (pp. 3-15). Rio de Janeiro: Revinter.
- Negro, M. (2008). *La otra muerte - Psicoanálisis y cuidados paliativos*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Pereira, S., Silva, C., Pitchon, A., Naves, M., Melo, E., & Ferreira, E. (2016). O evento de violência urbana e o serviço de emergência SUS: profissionais de saúde diante da dor do usuário. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26(Supl8).
- Perrault, C. (1697). *A Gata Borracheira (ou Cinderela)*.
- Pitta, A. (1994). *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Porge, E. (1998). *Psicanálise e tempo: o tempo lógico de Lacan*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Poulichet, S., Le (1995). *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- Pujó, M. (2001). El ser hablante y la muerte. In M. Pujó, *Psicoanálisis y hospital: El ser hablante y la muerte*. Año 10, número 20. Buenos Aires, Argentina: Verano.
- Pujó, M. (2002). Iatrogenia. In M. Pujó, *Psicoanálisis y hospital: Iatrogenia, efectos negativos de una investigación*. Año 11, número 21. Buenos Aires: Verano.
- Pujó, M. (2006). Los analistas y la muerte. In: M. Pujó, *Para una clínica de la cultura*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

Quinet, A. (2004). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Renault, M. (2004). *Soins palliatifs: questions pour la psychanalyse*. Paris, França: L'Harmattan.

Rocha, G. M. (2007). Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico. *Epistemossomática*, 4(2), 109-117.

Rocha, G. M. (2010). *O estético e o ético na psicanálise: Freud, o sublime e a sublimação* (Tese de Doutorado). Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Shakespeare, W. (1605). *O mercador de Veneza*.

Shakespeare, W. (1606). *Rei Lear*.

Sófocles (1998a). Antígona. In *A trilogia tebana: Édipo Rei, Édipo em Colono, Antígona* (Originalmente publicados em 430 a.C., 401 a.C. e 441 a.C.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sófocles (1998b). Édipo em Colono. In Sófocles, *A trilogia tebana: Édipo Rei, Édipo em Colono, Antígona*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Stevens, A. (2003). A instituição: prática do ato. In Associação do Campo Freudiano, *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos* (pp. 76-85). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Szondi, P. (2004). *Ensaio sobre o trágico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.