

OS FEITOS NÃO MORREM: PSICANÁLISE E CUIDADOS AO FIM DA VIDA

Juliana Castro-Arantes

Juliana Castro-Arantes
Instituto Nacional
de Câncer José
Alencar Gomes da
Silva (Inca), Rio de
Janeiro/RJ, Brasil.

RESUMO: Pretende-se discutir a problemática posta em jogo na intervenção do psicólogo em uma unidade de cuidados paliativos, em um trabalho orientado pela psicanálise. A partir de fragmentos de casos clínicos e lançando mão de passagens da literatura, tratam-se questões como a finitude fundadora do sujeito, o luto e a relação transferencial. Conclui-se que a escuta pode precipitar uma cristalização na palavra do sujeito e a escrita mesma de sua história, em um processo de construção subjetiva, nesse ponto limite da existência. **Palavras-chave:** Cuidados paliativos, desejo, finitude, morte, psicanálise.

ABSTRACT: Feats do not die: psychoanalysis and end-of-life care. The present paper discusses the main problems raised by the psychologist's intervention on a palliative care unit, from a psychoanalytic perspective. Parting from fragments of clinical cases and literature passages, it debates issues like the finitude of the subject, grief and the transference relationship. It concludes that a place where the patient can be listened may crystallize something from the subject's speech and even write his own history, in what can be called a process of subjective construction, at this terminal point of the existence.

Keywords: Palliative care, desire, death, finitude, psychoanalysis.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982016003013>

DA PRÓPRIA MORTE NÃO SE FALA

O homem tem de “enfrentar a consciência de que sua existência é finita. Isso é nascer sob uma sentença de morte. Se eu fosse um bicho (...) então a vida poderia ser tolerável”, afirma o diretor dinamarquês Lars Von Trier (apud BOSCOV, 2011, p.20-21), sobre o insuportável da vida, ao falar de *Melancolia*,¹ “eu fiz o filme para dizer que, sim, a depressão é o fim do mundo”. “O longa não é tanto sobre o fim do mundo, é sobre um estado mental” (VON TRIER, 2011). *Melancolia* é “uma parábola pungente do fim do mundo que cada ser humano terá de viver com sua própria morte” (BOSCOV, 2011, p.17).

Não se encara abertamente o fim da vida. É com temor que se pensa sobre a própria morte. Segundo Freud (1915b, p.290), ela é inconcebível e inimaginável. “No fundo, ninguém acredita em sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo, no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade”, em outras palavras, ela não existe para o inconsciente e ele “se conduz como se fosse imortal” (idem, p.297). O homem, embora possa ter provado a dor pela perda do ser amado, “não pode experimentar-se a si mesmo morto” (idem, p.295). Isso porque o sujeito, por traumático que seja, pode ter registro de vivências suas, mas nunca da própria morte. Como ilustra Tolstói (2006, p.49), em *A morte de Ivan Ilitch*: “Ivan Ilitch via que estava morrendo, e o desespero não o largava mais. Sabia, no fundo da alma, que estava morrendo, mas não só não se acostumava a isto, como simplesmente não o compreendia, não podia de modo algum compreendê-lo”. Portanto, da própria morte não se fala, posto que impossível.

Paradoxalmente, a finitude funda o sujeito; em outras palavras, o homem é desde sempre finito. O homem, segundo Heidegger, existe finitamente, ele não é anterior à finitude nem existe possibilidade de ela não incidir sobre ele. Sua morte é certa e, ao mesmo tempo, indeterminada quanto a quando acontecerá: ela pode se dar a qualquer momento. Isto é, “o risco é constante, pois não é possível nem controlar nem calcular a possibilidade da absoluta impossibilidade da existência, ainda que, cotidianamente, predomine um movimento para evitar o encontro com isso” (LEITE, 2011). Assistimos, então, a situações corriqueiras de fuga da morte, de negação da sua possibilidade, ou seja, da finitude: “Algum dia, por fim, também se morre, mas, de imediato, não se é atingido pela morte” (HEIDEGGER, 2006, p.329). De imediato, quer dizer, com Clarice Lispector (1984, p.636), “em termos de nossa diária e permanente acomodação resignada à irrealidade”.

¹ No filme, um planeta chamado Melancolia está prestes a colidir com a Terra, o que resultaria em sua destruição por completo. A personagem Justine vai se casar, recebe a ajuda da irmã Claire, que, juntamente com seu marido John, realiza uma festa suntuosa para a comemoração. Justine se mostra apática diante de toda a situação montada à sua volta.

Desse modo, do que temos notícia é da repercussão coletiva da morte, na morte do outro, mostra Tolstói: “ ‘Três dias de sofrimentos terríveis, depois a morte. Bem que isto pode acontecer comigo também, agora, a qualquer momento’ — pensou, e assustou-se por um instante” (2006, p.15). Na perda do objeto amado, há um sentimento ambivalente: a dor da perda e, concomitantemente, a alegria, por identificação. É o que vemos em: “O próprio fato da morte de um conhecido tão próximo despertou como de costume, em cada um que teve dela conhecimento, um sentimento de alegria pelo fato de que morrera um outro e não ele. ‘Aí está, morreu; e eu não’ — pensou ou sentiu cada um” (TOLSTÓI, 2006, p.9).

Alegria, por identificação ao objeto — em *morreu e eu não* —, mas, além disso, nesse momento, vem à tona a ambivalência afetiva inerente à própria relação amorosa, entendendo com Freud (1915a, p.183) que, no inconsciente, não existe a negação e os opostos vão coincidir, quer dizer, é intrínseco à relação a coincidência do amor e do ódio — o que Lacan (1972-1973, p.122) vai chamar de *amódio*. É o que vemos com a esposa de W., paciente em cuidados ao fim da vida. Ela conta como o conheceu, o apaixonamento, o casamento, os filhos, a traição e a separação. Refere-se a W. como seu grande amor, o homem da sua vida. Mas, ao mesmo tempo, afirma: “Sabe que, às vezes, eu até me sinto bem, de vê-lo assim, lembrando de tudo o que eu passei”. Podemos ler aí a fusão do amor e do ódio, de certo modo, indissociáveis.

Esse sentimento de ambivalência frente à morte do objeto de amor encontramos também em Machado de Assis, com Fortunato, diante da morte da mulher, em *A causa secreta*:

“Não a deixou mais; fitou o olho baço e frio naquela decomposição lenta e dolorosa da vida, bebeu uma a uma as aflições da bela criatura, agora magra e transparente, devorada de febre e minada de morte. Egoísmo aspérrimo, faminto de sensações, não lhe perdoou um só minuto de agonia, nem lhos pagou com uma só lágrima, pública ou íntima. Só quando ela expirou, é que ele ficou aturdido. Voltando a si, viu que estava outra vez só.” (MACHADO DE ASSIS, 1987, p.16-17)

Ambivalência ainda da Prascóvia de Tolstói (2006, p.36-37): “Depois de decidir que o seu marido tinha um gênio horrível e que fizera a vida dela infeliz, começou a ter pena de si mesma. E quanto mais se compadecia de si, mais odiava o marido. Passou a desejar que ele morresse, mas não podia desejá-lo.” Ódio igualmente do esposo: “Ivan Ilitch olha para ela, examina-a toda e, no íntimo, censura-lhe a brancura, o fofo, a limpeza dos braços, do pescoço, o lustre dos cabelos e o brilho dos seus olhos repletos de vida. Odeia-a de toda a alma. E, tocado por ela, é obrigado a sofrer de um afluxo de ódio” (2006, p.61).

NO INTERVALO ENTRE A MORTE RECEBIDA E O PERDER-SE NELA

No trabalho em uma unidade de cuidados paliativos, onde é pungente a experiência da morte, é importante reconhecer que há limites do ponto de vista da cura — pois se trata de pacientes fora de qualquer possibilidade curativa —, mas isso não implica necessariamente uma restrição do cuidado. Está em jogo deslocar a problemática do campo do fracasso para o da experiência pessoal, tomando a morte não como uma questão científica, mas existencial. Em outras palavras, se o sujeito toma a questão do prognóstico da doença, a sua ou a de um familiar, no campo da impossibilidade, isso o coloca em outra posição na vida do que se o faz a partir da impotência. Tomar a questão na via da impotência pode levar à culpa, ao “se eu tivesse feito diferente”, que tantas vezes escutamos nos serviços. Se o sujeito se decide a aceitar que se está diante de algo da ordem do impossível, o inexorável da morte, isso abre para ele outras portas.

Neste ponto, então, colocamos a questão: o que faz com que, em muitos casos, observemos uma posição ativa do sujeito na vida, quando marcado pela morte, sendo capaz de se decidir na direção de coisas que não tinham sido possíveis antes disso? Lembramos o caso de A., internado na unidade de cuidados paliativos do Hospital do Câncer. A., embora já vivesse com sua mulher por 12 anos, casou-se com ela uma semana antes da internação. Não são incomuns os casamentos nessas circunstâncias. Algo faz com que o sujeito só decida se casar quando se encontra no leito de morte.

Isso nos remete a Shakespeare (2002) e ao drama do príncipe Hamlet que, só inoculado pelo veneno mortal, age e mata o tio Claudius, vingando assim a morte do rei, seu pai. Ele só age quando está mortalmente ferido, no curto intervalo que lhe resta entre a morte recebida e o perder-se nela (LACAN, 1989, p.60). É o corte (no caso, literal, com a espada envenenada de Laertes) da morte que lhe traz a urgência. O curioso é que assistimos, durante toda a peça até este ponto, à série de adiamentos no cumprimento de sua vingança. Hamlet procrastina o ato e hesita. Pergunta-se, “ser ou não ser — eis a questão” (SHAKESPEARE, 2002, p.63), e questiona se deveria viver, com seu sofrimento, ou morrer para dar-lhe fim: “Eis uma consumação ardentemente desejável. Morrer — dormir — dormir!” (idem, p.63). Trata-se da vontade neurótica de *dormir*, para não se confrontar com os riscos de desejar, isto é, com aquilo que o move. “A reflexão faz todos nós covardes. O matiz natural da decisão se transforma no doentio pálido do pensamento. E empreitadas de vigor e coragem, refletidas demais, saem de seu caminho, perdem o nome de ação” (idem, p.64), conjetura, desnorteando-se na palidez do raciocínio para apagar a força do ato.

Paradoxalmente, para se proteger dos perigos da vida, Hamlet vive às voltas com a morte. Em sua trajetória, o risco é evitado e, para isso, ele teme a morte já morrendo, à medida que escolhe uma vida mortificada. Quer dizer, no intuito

mesmo de evitá-la, ela se presentifica, uma vez que ele vai se mumificando nessa espera da morte. A procrastinação a coloca desde sempre (no) presente, pois, se Hamlet vive aguardando a morte, ele já está morto de saída.

O que faz então com que ele só possa agir quando a vida é fígada pela morte? Ele só se aproxima de Ofélia quando ela está definitivamente marcada pela impossibilidade, ou seja, morta, e de seu caixão não pode mais convocá-lo a nada. Na história, ele evita se confrontar com a mulher que parece despertar seu desejo. É quando já não corre qualquer risco que Hamlet se joga na cova de Ofélia. Ousamos aqui fazer uma provocação: ou será em sua própria cova, não só nesse momento, mas durante toda a peça, passando sua vida fugindo do que o acossa, seu desejo?

Vemos então que a marca da morte, de certo modo, pode trazer consigo o impulso da ação. Aquele que passa a vida se protegendo, lança-se na direção de seu desejo, nesse momento derradeiro, como testemunha o príncipe: “Eu estou morto. (...) Se ao menos eu tivesse tempo — mas a morte, essa justiceira cruel, é inexorável nos seus prazos — Oh, eu poderia lhes contar... Mas que assim seja” (SHAKESPEARE, 2002, p.138).

DO LUTO

Retomando a questão da falta de representação da morte, observa-se fenomenologicamente o que Elizabeth Kübler-Ross (2008) estabelece quanto às fases que atravessa o sujeito na sua aceitação. Trata-se de mecanismos de defesa, portanto, passagens importantes no processo de elaboração subjetiva. Elas não são exclusivas do paciente que recebe a notícia de um prognóstico ruim, sendo vividas também pelo familiar. Elas não são estanques, podem se alternar e têm duração variável.

“Não, eu não, não pode ser verdade.” “Não, não pode ser comigo.” São falas do paciente que remetem à fase da negação. “A primeira reação do paciente pode ser um estado temporário de choque do qual se recupera gradualmente” (KÜBLER-ROSS, 2008, p.47). Trata-se da dimensão neurótica da negação do sujeito frente à sua condição mortal, à transitoriedade de sua existência, como vimos antes. “E não pode ser que eu tenha de morrer. Seria demasiadamente terrível” (TOLSTÓI, 2006, p.49), afirma Ivan Ilitch.

Segundo Freud (1925, p.253), “a negação é um modo de tomar notícia do recalçado”, quer dizer, cancela-se o recalque, embora não se aceite o recalçado. Isso significa que é através da marca da negação que “o pensar libera-se das restrições do recalque” (idem, p.254). Na análise, prescinde-se da negação. Por exemplo, quando o paciente, sobre um sonho, diz “não é minha mãe”, é como se tivesse dito: “certamente era minha mãe, mas não tenho nenhuma vontade de

considerar isso". "Isso é algo que eu preferia recalcar", ou seja, "o reconhecimento [do inconsciente] por parte do eu se expressa numa forma negativa" (idem, p.257).

A segunda fase postulada por Kübler-Ross (2008, p.55) é a raiva: "Não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo!" "Por que eu?" Quando não é mais possível manter a negação, vêm os sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento: "Hão de passar pelo mesmo do que eu. E, no entanto, estão alegres. Animais! Sufocava de raiva" (TOLSTÓI, 2006, p.47) Ivan Ilitch. Segue-se a barganha: "Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma". Em primeiro lugar se exige, depois se pede por favor. A próxima fase é a depressão. A autora diferencia a depressão reativa, de caráter defensivo, da depressão preparatória, que se constitui em um instrumento na preparação da perda iminente, que encaminha para o estágio seguinte. Por fim, a aceitação. Ainda de acordo com Kübler-Ross, o paciente contempla, então, o seu fim próximo com certo grau de tranquila expectativa, após ter sentido raiva, inveja, depressão e lamentado a perda. Entendemos esse momento como certa resignação do sujeito diante do confronto com o impossível.

Já Freud (1917, p.241) vai definir o luto como uma "reação frente à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que faça as suas vezes, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc." — logo, não diz respeito apenas à perda de um ente querido. O luto implica a perda do interesse pelo mundo externo (tomado como pobre e vazio), a perda da capacidade de escolher um novo objeto de amor e a inibição de toda produtividade.

O autor fala do luto antecipado, que seria uma defesa frente à transitoriedade da existência, e alerta que "o valor do belo independe da duração absoluta" (FREUD, 1916, p.310). Ou, nas palavras de Fernando Sabino (2011), "o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem". Se, por um lado, a antecipação do luto pode ser uma defesa do sujeito frente à transitoriedade de sua existência, por outro, pode ser importante no sentido de uma preparação para as perdas reais anunciadas, que podemos aproximar da depressão preparatória de Kübler-Ross, vista antes.

Seguindo Freud (1911, p.226), a dor vem do fato de a libido agarrar-se ao objeto e não querer abandonar o objeto perdido, aí está o luto, na "pertinácia do aferrar-se às fontes de prazer que se dispõe e na dificuldade com que se renuncia a elas". Ele contrapõe o luto normal ao patológico, que ele vai chamar de melancolia. Por doloroso que possa ser, o luto expira de modo espontâneo e "nossa libido fica de novo livre para, se ainda somos jovens e capazes de vida, substituir-nos os objetos perdidos por outros novos que sejam, no possível, tanto ou mais apreciáveis" (FREUD, 1917, p.252). Entendemos *jovens e capazes de vida* não

como algo que diga respeito à idade, mas à posição subjetiva, uma posição ativa na vida, desejante.

DA DIREÇÃO DO TRABALHO

Nos cuidados paliativos, é importante o conceito da *boa morte*, que implica morrer com dignidade, de modo a não acelerar (eutanásia) ou retardar (distanásia) o ato de morrer, prolongando o sofrimento.

A direção do tratamento psicológico, em um trabalho marcado pela psicanálise, é a de se constituir em um lugar para a escuta e, nesse sentido, ele diz respeito a um suporte ativo. O que podemos junto ao paciente é testemunhar com ele esse ponto limite da existência, acompanhá-lo no processo de elaboração psíquica das suas questões subjetivas. Trata-se da construção, da cristalização de algo, ou seja, da escrita mesma da história do sujeito. É um trabalho do paciente de mobilização e fortalecimento dos recursos subjetivos, na busca de um saber próprio para lidar com a iminência da morte. Além da intervenção junto ao paciente, o trabalho abarca também o acompanhamento dos familiares, nesse momento crucial, como veremos nos fragmentos de casos que se seguem.

“Eu salvei a vida de quatrocentas pessoas; agora quero que me salvem.”

Sentado com a mulher na enfermaria de cuidados paliativos do Hospital de Câncer, diz V.: “Eu salvei a vida de quatrocentas pessoas; agora quero que me salvem.” V. trabalhava como salva-vidas e foi responsável por salvamentos verdadeiramente heroicos. “Me chamavam de Pirarucu.² É um nome de peixe, me chamavam por um nome de peixe...”

“Eu me jogava no chão de dor, me debatia igual a um peixe fora d’água”, diz, ao falar das dores do câncer. “Eu descobri era tarde demais”. Conta, com pesar, que sofria dores há muitos anos, mas “não dava importância” a isso. “Achava que era alguma coisa no estômago.” Na verdade, tinha um câncer no rim, que foi se alastrando e, suas dores, elas eram na realidade efeitos do crescimento do tumor ao comprimir seus órgãos.

Ele está em uma enfermaria de cuidados paliativos. Em sua origem, *paliari* significa encobrir com um manto [o *pallium*], disfarçar e, nos cuidados médicos, aliviar um mal, sem curar. O que dizer a V.? Há o que responder a ele quando diz “quero que me salvem”? O que se pode dizer a ele é que dele não se tira as vidas que ele salvou, a sua história. Trata-se de dizer isso a ele ao mesmo tempo em que se testemunha com ele a dureza do que atravessa, sem em nada diminuir isso, pelo contrário.

² Nome fictício.

Qualquer tendência a disfarçar, em uma suposta amenização, seria falsa. Como, por exemplo, se se dissesse a um paciente e seus familiares: “todos nós aqui vamos morrer”. Dizer desse jeito não cabe nesse contexto, porque o *todos nós aqui vamos morrer* não está posto do mesmo modo para cada um ali. Seria falsear o duro do momento vivido, tomando o paliar como escamotear. De certo modo, é quase como negar a verdade mesma da frase, enganando (a si próprio). Disfarçar, no caso, nem tanto para o familiar ou para o paciente, mas para o próprio profissional que o proferisse.

Porém, é verdade que todos nós morremos. Mas os feitos não morrem. V. contou de uma situação na qual teve que tomar uma decisão que implicou certa transgressão. Ele trabalhava como salva-vidas na praia e uma pessoa se afogou no rio próximo. Foram chamar o Pirarucu, “chama o Pirarucu, Pirarucu resolve”. Ele não podia deixar a praia, “e se acontecesse alguma coisa com alguém na praia?”, a responsabilidade era dele. Ele tomou as providências que julgou necessárias e mergulhou no rio — fez ato. Isso fica, isso é marca, isso é. Ou melhor, se ele é, o é nisso, e não noutro lugar, narcisicamente, lá onde se gostaria de estar, se gostaria de se constituir.

Há, naquela frase [*todos nós aqui vamos morrer*], a verdade da transitoriedade. Qual é então a possibilidade de trabalho em uma enfermagem de pacientes terminais, onde não há mais tratamento curativo? A dimensão do trabalho parece estar justamente em dar lugar a essa verdade. Lugar para a escuta, que faz a construção da história do sujeito, nesse ponto limite da (sua) existência. Talvez, o trabalho esteja justamente em testemunhar junto esse ponto limite do sujeito, que aí é de todos nós (denegado ou não). Escuta que dá lugar à cristalização de algo e, desse modo, escreve a história.

“Minha mãe disse para o meu irmão que ele vai morrer de câncer igual ao meu pai.”

Lugar de acompanhar também esse momento junto aos familiares dos pacientes. M. estava internado, em consequência do agravo de seu estado, com muitas dores, não conseguia mais se alimentar. Seu quadro clínico ficava a cada dia mais sério. Ele estava acompanhado pela mulher e pelo irmão. Eles moravam longe, em outra cidade. M. queria muito ver os filhos, chegou a pedir para ir para casa, mas não havia condições. Falamos com a esposa para mandar trazer os filhos. M., que estava letárgico nos dias anteriores, fica desperto na tarde em que passam com ele a esposa e os dois filhos. Segura nas mãos da filha e diz: “Se cuida.” Ele esperou pela vinda dos filhos. Morreu na madrugada.

“Minha mãe disse para o meu irmão que ele vai morrer de câncer igual ao meu pai”, afirmou a filha de 13 anos, em uma sala de atendimento, onde estava também seu irmão mais novo. Ao lhe ser dito que isso não era verdade, que não

é porque o pai teve câncer que ele teria também, o menino de 5 anos, que estava a maior parte do tempo um tanto alheio, fala prontamente: “Mas o cigarro dá câncer!” Ao que se conclui com ele que o cigarro sim.

“Eu achava que tinha o mundo nas mãos.”

E. chega à enfermaria sonolento, apresenta episódios de desorientação e se incomoda com isso. “Eu vim na semana que vem... Eu não sei o que está acontecendo comigo, às vezes eu falo umas coisas esquisitas...” Conta da história da doença e do forte vínculo com a equipe do hospital em que estava internado antes da transferência para a unidade de cuidados paliativos. Sobre o encaminhamento, diz: “Desde que a médica me deu a notícia eu fiquei muito abalado.” “Eu achava que tinha o mundo nas mãos.” Fala da profissão de bancário, conta da demissão quando o banco em que trabalhava fora vendido e do quanto isso o entristeceu: “Acho que tem uma relação entre as coisas”, diz, referindo-se à demissão e ao início da doença. A esposa relata episódios de confusão mental do marido, cerca de uma semana antes. “Acho que é fuga, ele está fugindo da notícia.” Os familiares demonstram ciência do diagnóstico e do prognóstico da doença.

Nos dias que se seguem, queixa de fadiga e do quanto isso o impede de conversar. “E isso [conversar] é algo de que eu gosto muito.” Passa a ficar inquieto, apresenta humor ansioso e irritável: “Estou sentindo incômodo e o sistema nervoso”. Senta e volta a se deitar na cama algumas vezes. Os familiares se reúnem com o paciente no hospital. Ele morre no dia seguinte.

Sua angústia parece relacionada com a lucidez do agravamento do seu quadro. Lucidez que nos faz lembrar uma passagem de Clarice Lispector (1984), quando afirma:

“Estou sentindo uma clareza tão grande que me anula como pessoa atual e comum: é uma lucidez vazia, como explicar? Assim como um cálculo matemático perfeito do qual, no entanto, não se precise. Estou por assim dizer vendo claramente o vazio. E nem entendo aquilo que entendo: pois estou infinitamente maior que eu mesma, e não me alcanço. Além do que: que faço dessa lucidez? Sei também que esta minha lucidez pode-se tornar o inferno humano.” (LISPECTOR, 1984, p.636)

Lucidez também do personagem de Tolstói (2006):

‘O caso não está no ceco, nem no rim, mas na vida e... na morte. Sim, a vida existiu, mas eis que está indo embora, embora, e eu não posso detê-la. Sim. Para que me enganar? Não é evidente para todos, com exceção de mim, que estou morrendo, e a questão reside apenas no número de semanas, de dias, talvez seja agora mesmo? Existiu luz, e agora é a treva. Eu estive aqui, e agora vou para lá! Para onde?’ Um frio percorreu-o, a respiração se deteve. (...) ‘Eu não

existirei mais, o que existirá então? Não existirá nada. Onde estarei então, quando não existir mais? Será realmente a morte? Não, não quero.’ (TOLSTÓI, 2006, p.46-47)

“Eu evito ao máximo.”

Internada, S. diz de seu desejo de morrer em casa. Queixa-se da filha A., por não querer levá-la. S. tem noção da gravidade de seu quadro e do prognóstico da doença. Fala das saudades de casa. A. e seus dois filhos, de 4 e 14 anos, moram com S. Sobre a escolha do local do óbito, A. hesita frente à opção da mãe, e diz: “E as crianças? Eu evito ao máximo que elas venham aqui no hospital...” “E se ela morre em casa? Como ficam as crianças?”

A. evita. Evita porque *sabe* o melhor para seus filhos, sabe sobre o *bem* deles. O que pudemos, junto a ela, foi abalar um pouco essa sua certeza. Afinal, é evidente que as crianças sejam protegidas da morte da avó em casa? É seguro que isso seja obrigatoriamente o melhor? Não parece certo que, necessariamente, o sujeito seja privado das incidências, trágicas, de real que afetam sua vida. Não há como saber se o melhor é que eles sejam poupados ou não da morte da avó, isso porque disso só se terá notícia *a posteriori*, na temporalidade do futuro anterior, no *só depois*: só depois se terá sabido dos efeitos disso.

TESSITURA NA PALAVRA

A pontuação é o modo como se dá a escansão, o que faz, por sua vez, a marcação do tempo: ela corta e faz o tempo. Ela constitui-se na “arte de distinguir, por sinais aceitos, as frases entre si, os sentidos parciais que constituem essas frases e os diferentes graus de subordinação que convêm a cada um desses sentidos” (LITTRÉ apud SCIARA, p.76). A pontuação não separa, ela introduz novas conexões, ou seja, separando numa hierarquia; ela liga as partes constituintes da frase, sendo então a responsável pela coesão do texto. Portanto, ela tem função de ligação, ela vem conectar para fazer sentido (SCIARA, 2009, p.77). Ou seja, é a pontuação que, só depois, vai dar sentido ao texto do paciente, como afirma Lacan (1985, p.297): “A frase só existe acabada, e seu sentido lhe vem só depois”. O trabalho em uma enfermaria de cuidados paliativos é pontual. Trata-se de fazer valer que o que importa é o ponto onde se interrompe o trabalho de construção subjetiva, na escrita mesma da história do sujeito.

Se, por um lado, se tenta fugir do ponto final, da possibilidade da morte, na negação de nossa finitude, vemos, na patologia, o horror disso levado às últimas consequências. Na melancolia, não há escansão, o tempo é infinitizado em uma sucessão de agoras. O melancólico se crê de fato imortal e atravessa sua existência com enorme sofrimento, na angústia da imortalidade, pela maldição a que é condenado. Pena insuportável, da qual ele sequer pode escapar com a morte.

Com tudo o que vimos em relação à negação da finitude que nos funda, à “inclinação a não computar a morte no cálculo da vida”, Freud (1915b, p.292) nos adverte: “se quer suportar a vida, prepare-se para a morte” (idem, p.301). Segundo ele, “suportar a vida continua sendo o primeiro dever de todo ser vivo” (idem, ibidem), e lembra o lema da Liga Hanseática, na Idade Média: “*Navigare necesse est, vivere non necesse!* — Navegar é preciso, viver não é preciso” (idem, p.292).

Acompanhar o paciente é estar junto dele na aridez do que atravessa. Ter um lugar para o endereçamento disso, para o recolhimento desse seu trabalho, ou seja, alguém que partilhe essa construção com ele, pode fazer toda a diferença. Está em jogo aí a construção de um saber próprio, de maneira a que o sujeito possa atravessar isso de um modo menos acachapante. Saber próprio na medida em que não se trata de algo que se dê a ele, pronto, mas de uma construção na relação transferencial, uma tessitura na palavra.

Não sabemos de antemão os caminhos a que levará o tratamento. Por isso, nos surpreendemos junto com o que terá surgido na palavra do paciente como efeito de nossa presença. Trata-se de nos colocarmos na transferência em uma posição de não sabermos a verdade sobre o paciente, mas de estarmos juntos, nos espantarmos juntos com o que vier a advir daí, levando a sério sua palavra e a verdade aí veiculada. Sciara (2011) fala da disposição do clínico de se ver incluído na transferência de um modo à sua revelia e com o dever de sustentá-lo. O lugar que nos será dado na transferência é com surpresa que o recebemos, posto que imprevisível. Os desdobramentos a que a transferência nos levará, os tecemos junto com o paciente, não são previsíveis antes, seu encadeamento podemos ler no só depois.

O trabalho analítico estaria então em encontrar, junto com o paciente, recursos que o sustentem, para *suportar a vida* — e a *finitude*. A presença (e a aposta em um lugar de palavra, o endereçamento, a investigação com o paciente) pode ter efeito de uma produção de verdade, sem necessidade de intérprete, quando se suporta ficar com o que o paciente diz. O que tem consequências: paga-se um preço pela transferência, pois o efeito da incidência de real que surge na palavra corta dos dois lados, do paciente e do analista.

Recebido em 6/4/2013. Aprovado em 15/10/2013.

REFERÊNCIAS

- BOSCOV, I. (2011) A depressão é o fim do mundo. *Veja*, edição 2233, A.44, n.36, 7/9/2011, p.17-21.
- FREUD, S. (1998) *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1911) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", v.XII, p.217-232.
- (1915a) "Lo inconciente", v.XIV, p.153-214.
- (1915b) "De guerra y muerte. Temas de actualidad", v.XIV, p.273-304.
- (1916) "La transitoriedad", v.XIV, p.305-312.
- (1917) "Duelo y melancolía", v.XIV, p.235-256.
- (1925) "La negación", v.XIX, p.249-258.
- HEIDEGGER, M. (2006) *Ser e tempo*. Trad. de Marcia Sá Cavalcante Schuck. Petrópolis: Vozes.
- LEITE, F. (2011) O ser-para-a-morte a partir e depois de 'Ser e tempo'. Mimeo.
- LACAN, J. (1989) "Hamlet, por Lacan", in *Shakespeare, Duras, Wedeking, Joyce*. Trad.: Eunice Martinho. Lisboa: Assírio e Alvim.
- _____. (1981/1955-1956) *Le séminaire, livre 3, Les psychoses*. Paris: Seuil.
- _____. (1996/1972-1973) *O seminário, livro 20, Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- KÜBLER-ROSS, E. (2008) *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- LISPECTOR, C. (1984) "A lucidez perigosa", in *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- MACHADO DE ASSIS, J. M. (1987) "A causa secreta", in *Contos*. São Paulo: Moderna.
- SABINO, F. (2011) In: <http://galaka.wordpress.com/category/fernando-sabino/>. Acesso em 17/12/2011.
- SHAKSPEARE, W. (2002) *Hamlet*. Trad.: Millôr Fernandes. Porto Alegre: L&PM.
- SCIARA, L. (2009) "A mania: paradigma da a-pontuação?", in CZERMAK, M. & TYSLER, J.-J. (Org.) *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.
- _____. (2011) Mimeo.
- TOLSTÓI, L. (2006) *A morte de Ivan Iliitch*. Trad.: Boris Schnaiderman. São Paulo: 34.
- VON TRIER, L. (2011) Entrevista. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/cannes>. Acesso em 22/9/2011.

Juliana Castro-Arantes
ju.castro@terra.com.br