

Entre o advento do desejo e a ventania da morte: relato de experiência sobre a escuta psicanalítica em cuidados paliativos

Jéssica Reis Bartsch, Juliana Castro-Arantes e
Carolina de Oliveira Cruz Latorraca

Resumo

Este texto propõe reflexões sobre os efeitos da presença de um psicanalista no contexto de cuidados em fim de vida em um hospital geral, considerando a interseção entre o sujeito de desejo e a valorização da dignidade do paciente. Utilizam-se fatos clínicos e a narrativa de experiência, movidos pela questão alocada entre os efeitos da escuta psicanalítica nesse contexto, o corpo doente e a presença do afeto da angústia, articulada ao conceito de *Unheimlich*. Para tanto, considera-se o atravessamento dos conceitos de morte, finitude e urgência subjetiva. Conclui-se que a emergência da angústia e seu des-esperar alargam o momento de urgência subjetiva, de forma que, ao propor um espaço de escuta ao paciente, considerando-o vivo até seu último instante, proporciona o reconhecimento de si como sujeito de desejo.

Palavras-chave:

Angústia; Morte; Psicanálise; Cuidados paliativos; Urgência subjetiva.

Between the arrival of desire and the windstorm of death: an experience's narrative on psychoanalytic listening in palliative care

Abstract

This text proposes reflections on the effects of a psychoanalyst's presence in the context of end-of-life care at a general hospital, considering the intersection between the subject of desire and the valorization of the patient's dignity. Clinical facts and the experience's narrative are the methodologies used, driven by the question allocated between the effects of psychoanalytic listening in this context,

the sick body and the presence of anguish as an affect articulated to the concept of *Unheimlich*. Therefore, it is considered important to cross the concepts of death, finitude and subjective urgency. In conclusion, the emergence of anguish and its despair extend the moment of subjective urgency, so that by proposing a space for listening to the patient, considering them alive until their last moment, it is possible to provide self recognition, as a subject of desire.

Keywords:

Anguish; Death; Psychoanalysis; Palliative care; Subjective urgency.

Entre el adviento del deseo y la tormenta de la muerte: narrativa de experiencia sobre la escucha psicoanalítica en cuidados paliativos

Resumen

Este texto propone reflexiones sobre los efectos de la presencia de un psicoanalista en el contexto de los cuidados al final de la vida en un hospital general, considerando la intersección entre el sujeto de deseo y la valorización de la dignidad del paciente. Se utilizan hechos clínicos y la narrativa de experiencia, impulsados por la cuestión planteada entre los efectos de la escucha psicoanalítica en este contexto, el cuerpo enfermo y la presencia del afecto de la angustia, articulada al concepto de *Unheimlich*. Para ello, se considera el cruce de los conceptos de muerte, finitud y urgencia subjetiva. Se concluye que la emergencia de la angustia y su desesperación amplían el momento de urgencia subjetiva de tal manera que, al proponer un espacio de escucha al paciente, considerándolo vivo hasta su último instante, se proporciona el reconocimiento de sí mismo, como sujeto de deseo.

Palabras clave:

Angustia; Muerte; Psicoanálisis; Cuidados paliativos; Urgencia subjetiva.

Entre l'avènement du désir et la tempête de la mort : narration d'expérience sur l'écoute psychanalytique en soins palliatifs

Résumé

Cet texte propose des réflexions sur les effets de la présence d'un psychanalyste dans le contexte des soins en fin de vie à un hôpital général, en considérant l'intersection entre le sujet de désir et la valorisation de la dignité du patient. Il utilise des faits cliniques et la narration d'expérience, animés par la question soulevée par les effets de l'écoute psychanalytique dans ce contexte, le corps malade et la

présence de l'affect de l'angoisse, articulée au concept d'*Unheimlich*. Pour ce faire, il prend en compte le croisement des concepts de mort, de finitude et d'urgence subjective. Il en ressort que l'émergence de l'angoisse et son désespoir élargissent le moment d'urgence subjective de telle sorte qu'en proposant un espace d'écoute au patient, le considérant comme vivant jusqu'à son dernier instant, cela permet la reconnaissance de soi en tant que sujet de désir.

Mots-clés :

Angoisse ; Mort ; Psychanalyse ; Soins palliatifs ; Urgence subjective.

Contexto

O fim de uma vida é algo que transpassa a experiência da atuação hospitalar, seja por casos agudos ou crônicos. Os cuidados com o fim de vida e a morte constituem parte da prática em cuidados paliativos, referindo-se ao cuidado específico a partir da constatação de declínio progressivo relacionado com a doença (Watson et al., 2019). No próprio conceito de cuidados paliativos, há uma perspectiva que visa à dignidade e à autonomia do paciente, prezando pelo conforto e pela qualidade de vida, e abrangendo não apenas o cuidado com a doença física, mas o tratamento multidimensional: sua espiritualidade, questões emocionais, valores de vida, e englobando também a família no processo de tratamento (Brasil, 2024; Carvalho & Parsons, 2012). A singularidade do sujeito é colocada como princípio, tendo em vista que as mesmas doenças podem ter diferentes repercussões a partir de seu organismo e sua história de vida, sendo o cuidado orientado por essa singularidade.

Vale ressaltar que é em respeito a essa singularidade que a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (Brasil, 2024), incentiva o trabalho da equipe multiprofissional, respaldando a importância dos cuidados psicoemocionais e incluindo o psicólogo como integrante fundamental dessa equipe. Ainda que todos os integrantes de uma equipe possam ofertar acolhimento, a leitura da PNCP sustenta a importância e a especificidade da escuta especializada nos cuidados paliativos. É a partir da psicologia que o psicanalista se insere no contexto hospitalar, no qual pode servir-se de conceitos fundamentais para sustentar sua escuta (Moretto, 2019). Portanto, a pesquisa nesse contexto é importante, na medida em que avança tanto o campo da psicanálise quanto o de cuidados paliativos. É essa escuta especializada e os efeitos que pode produzir que este trabalho visa a discutir e a aprofundar.

Foi no encontro com o campo de atuação em uma retaguarda de cuidados paliativos do pronto-socorro de um hospital geral público que me deparei com as questões aqui presentes. Escrevo a partir do que se ressaltou durante minha expe-

riência — tal qual Benjamin (1936/1994) a concebe: vivência narrada que mergulha e se retira do narrador, portando sua marca, ainda assim; ou seja, pesquisador não descolado de seu objeto de pesquisa.

Prerrogativa também de utilização de fatos clínicos, um método que concebe a dialogia entre paciente e analista, sendo um de seus fundamentos a exploração de um fenômeno a partir dos próprios efeitos da escuta na singularidade de cada processo, de maneira que a influência da intervenção no objeto de estudo é inferida *a posteriori* (Wieczorek, Kessler, & Dunker, 2020).

Com isso, entendo que não é possível sequestrar um fenômeno à sua explicação, algo há de escapar. É a partir da noção de saber inconsciente, perpétuo em sua construção e nunca plenamente sabido, que dou notícias de minhas experiências.

Morte e transitoriedade

“Não quero pensar sobre a morte — quero pensar na vida que vou levar até lá”, disse uma paciente, ao se descobrir nos últimos dias de vida. “Qual é a diferença entre eu [*sic*] e todas as pessoas que podem morrer a qualquer momento? O tempo é de Deus.” De fato, considerando a noção freudiana que para a morte não há representação psíquica (Freud, 1915/2010), existe marcadamente a impossibilidade de dizê-la. Ainda assim, é possível dizer algo que a bordeja. É no tom agridoce dessa ambiguidade que escuto o fim de vida, entre sua única representação possível, a vida vivida, e sua pura ausência, a morte.

Quando Freud (1915/2010), atravessado pela Primeira Guerra Mundial, debruça-se sobre a atitude humana diante da morte, propõe uma relação ambígua estabelecida sobre a morte no psiquismo: uma vez que o inconsciente abarca a contradição, consegue suportar simultaneamente a noção de imortalidade de si e a morte do outro. Isso o leva a concluir que, mesmo existindo uma atitude consciente que reconhece a morte do outro como fator da realidade, a própria morte é inconcebível, e só é possível imaginá-la como espectador.

Ao mesmo tempo, em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/2010) instiga seus interlocutores, afirmando que: “então só podemos dizer *que o objetivo de toda vida é a morte*, e, retrospectivamente, *que o inanimado existia antes que o vivente*” (Freud, 1920/2010, p. 204, grifo do original).

A morte é, então, para a vida, o desfecho — um desfecho natural, como é dito e repetido tantas vezes, ao se ensinar cuidados paliativos. Talvez se morra com a anuência de um corpo, vivo, naturalizado. Entretanto, sabemos que o sujeito, em sua radicalidade e por ser produto de linguagem, nada tem de natural. Escutando sujeitos em seus últimos dias, a pergunta sobre o sentido da vida não se cala, ainda que o organismo aos poucos silencie. Conjugação entre vida e morte, a qual Lacan (1955/1995, p. 292) aponta: “Um sentido é uma ordem que surge. Uma vida insiste para entrar nele, mas talvez ele expresse algo de totalmente para além desta

vida, já que quando vamos à raiz desta vida, (...) não achamos nada senão a vida conjugada com a morte.”

E o que dizer sobre os sentimentos despertados pela permeabilidade da morte? Como é possível temer, frustrar-se, entristecer-se diante desse irrepresentável? Encontro em Freud (1923/2011) uma orientação: quando teme a morte, o Eu é despojado de investimento narcísico e objetificado. Então, o morto continua a não ser o próprio sujeito: esse segue renegado à posição de espectador. Ou, como canta Gil: “A morte já é depois (...) Como poderei ter medo, se não terei coração? Não tenho medo da morte, mas medo de morrer, sim.”

“Não consigo sentir meu corpo doente, não consigo me sentir morrendo, sempre fui forte, me sinto forte ainda”, disse-me uma paciente cinco dias antes de morrer, internada porque sua doença trazia o sintoma de dispneia de forma irrefreável. Foi chamada pela equipe, pois seu silêncio durante os atendimentos de outras especialidades os incomodava; caracterizavam-na como alguém apática.

Ainda que há meses com o diagnóstico de um câncer incurável, que já premeditava a morte, é na invasão dos sintomas da doença no corpo que algo do *Unheimlich* apareceu. Isso marca a ambivalência de se dizer morrendo: foi informada de seu prognóstico pelos médicos; mas não sente ali no Eu, lugar em que é uma “mulher forte” (expressão que, ao longo do atendimento, marca como viveu sua vida). No entanto, sabe pelo corpo que a respiração aos poucos se torna um esforço maior, e que, mesmo sendo mulher forte, o pulmão enfraquece.

No dia seguinte, pôde dizer sobre a dificuldade de estar diante do incontrolável, sobre o esgotamento da principal referência de si (a força) e do que é possível dizer sobre a morte: a perda de algo de si mesma.

Freud (1926/2014) afirma que a angústia de morte é uma elaboração da angústia de castração, e, com as contribuições do ensino de Lacan, considera-se uma estreita relação entre castração e finitude.

É possível pensar na experiência de adoecimento — não necessariamente de fim de vida — como despertar de um corpo anteriormente adormecido para a castração e, portanto, para a finitude (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013; Moraes & Darriba, 2022). É esse corpo desperto que se constitui como lembrete da transitoriedade, da perecibilidade de cada um, trazendo, com isso, dores e possibilidades.

Considerando, então, as diferenças entre a morte, inacessível à representação, e a finitude, como castração, é possível dizer que o fim de vida pode reverberar, no anúncio da morte, o contato com a finitude. Esse deslocamento entre as palavras significa dizer sobre as possibilidades de elaboração desse momento, dado à conotação simbólica da finitude, principalmente em seu caráter de perda.

Após os dois atendimentos, a paciente pôde expressar, para além da perda, o desejo de ver seus filhos e reafirmar, preservando sua autonomia, a renúncia a qualquer procedimento invasivo, como a intubação.

Em “A transitoriedade”, Freud (1916/2010) argumenta que o belo é determinado subjetivamente por cada um, prescindindo da sobrevivência: uma das características do belo é sua passagem. Certa vez, um paciente me perguntou como eu conseguia conviver com pessoas como ele, em fim de vida. Hoje, respondo com a ajuda de Freud (1916/2010, p. 249): “Valor de transitoriedade é valor de raridade no tempo.”

Fim de vida e urgência subjetiva

Há um grande atravessamento do tempo na escuta de pacientes em fim de vida, o tempo em seu caráter irreduzível. “Agora, não dá mais tempo para fazer minha fortuna”, “Vivi trabalhando, pra quê?” — incontáveis perguntas sobre tempo de sobrevida e a inerente sensação de que, não importa o número dito pelos médicos, o tempo não é suficiente.

Os sujeitos se encontram em urgência, que podemos chamar de subjetiva, caracterizada dentro de um percurso de análise como motor da asserção subjetiva, como proposto por Lacan (1945/1998), sendo o que move o sujeito a não ficar eternizado em um tempo de compreender, em busca de uma verdade sobre si mesmo que seja absoluta. Uma conclusão que não é toda, o passo dado em direção ao não saber. O autor ainda assinala que, mesmo com essa afinidade ao tempo de concluir, a urgência se faz presente no próprio instante de ver.

Seguindo essa trilha, Berta (2015) propõe a urgência subjetiva articulada a uma ruptura no que enquadra a cena do sujeito, um deslocamento dessa última, que retira a bagagem simbólica e imaginária que permitiria um reenquadramento. Instante de ver: “momento de impacto que força as bordas da janela fantasmática — do enquadre da realidade psíquica. (...) Instante marcado pelo afeto da angústia, afeto que não engana” (Berta, 2015, p. 103).

Dessa forma, aponta também para o real, que o emudece em sua iminência. Mais do que em estado de emergência orgânica, no hospital me deparei com pacientes em estado de emergência do real. O adoecimento pode catalisar a urgência subjetiva, caracterizar o instante de ver e ser pano de fundo do tempo de compreender.

Azevedo (2016) propõe que há a sobreposição da urgência médica sobre a subjetiva, uma vez que o sujeito acessa seu mal-estar orgânico pela via subjetiva, ocasionando um curto-circuito entre instante de ver e tempo de compreender, atropelando o processo de asserção do sujeito, fazendo com que a conclusão seja precipitada. Como no processo descrito por Lacan (1945/1998), a precipitação leva o sujeito a insistir na alienação, na qual se perpetua uma repetição mortífera e sintomática do que é incessante em sua falta de simbolização.

Onde a palavra não alcança, o corpo mostra — daí a importância do espaço de escuta, proporcionando a nomeação, construindo experiência, e não apenas a vivência arrastada e abafada dos acontecimentos.

As fantasias arcaicas são, portanto, indissociáveis da experiência corporal, e o paciente encontra-se na urgência de restabelecer o vínculo entre esse corpo doente e o modo como seu desejo foi estruturado. Isso implica um trabalho psíquico, e a aposta analítica é a de que, ao encontrar um lugar de endereçamento, com a palavra, parte desse impulso arcaico torne-se mobilizável. (Castro-Arantes, 2020, p. 139)

Ao longo da experiência de escuta dos pacientes em fim de vida, percebi a irrupção da urgência subjetiva, ainda que por muitas vezes o paciente estivesse convivendo com a doença por um período prolongado. Compreendo que, ainda que a prática de cuidados paliativos dê tempo para o tempo da morte, essa não deixa de estar para o sujeito como elemento de urgência. Isso reitera a concepção de que o tempo de elaboração, ou até assimilação do diagnóstico, é lógico, não sendo necessariamente consonante com a cronologia.

Instante de ver (também para quem escuta): a morte, a vida, o inesgotável pulsional que mostra que o sujeito o será até seu último segundo, a despeito da prioridade dada ao organismo no hospital. A iminência do Real em acompanhar um processo ativo de morte urge. Instante que afeta, inquieta, incomoda, insiste em retornar como questão: o que é possível na escuta de um sujeito em seus últimos dias de vida?

A angústia, o *Unheimlich* e o corpo

Certa vez, fui chamada pela equipe para atender um paciente em internação prolongada que estava se mostrando angustiado. Vivía um conflito familiar, que impedia sua desospitalização. Comigo, passou seu atendimento nomeando as perdas que teve na vida, majoritariamente financeiras, mas que tiveram como consequência o abandono pela família. A fortuna, como se referia a seu dinheiro, havia sido no que investira sua atenção ao longo da vida, especialmente quando os filhos haviam se distanciado e o casamento terminara. Quando tem notícias de estar morrendo, conta-me seu arrependimento: não apenas não tinha os filhos, mas a fortuna não o livraria da morte.

Entre a dor de estômago, o vômito, a inapetência, a equipe chama: “ele está angustiado!”. Percebo o significante angústia atravessado nos chamados pela equipe, afetando as discussões de casos. Com outra paciente, que via crescer um câncer exteriorizado em seu pescoço, a equipe pensa em medicalização, em doses cada vez mais altas, pois teriam que confortar a angústia. Para além de ser possível, seria necessário?

Aos não familiarizados com a oferta de escuta ao sujeito do inconsciente, a possibilidade de um conforto diante do inominável da angústia se faz suturando o que falta. Distancio-me de uma crítica sobre a ingenuidade dos profissionais de saúde

diante do sofrimento humano, afinal convivi com inúmeros profissionais com sensibilidade ímpar para o acolhimento de seus pacientes. Entretanto, há um imperativo que ronda, de que se deve fazer algo pelos que sofrem, o que envolve que a escuta seja sobre o que eles precisam, quando na maioria das vezes foi sustentar a presença do impossível o que mostrou efeitos significativos para os sujeitos. Aqui, sirvo-me das teorizações acerca da angústia para sustentar essa posição.

Freud apresenta uma mudança no conceito de angústia ao longo de sua obra, passando de um afeto surgido após o recalçamento para afeto que é um sinal emitido pelo eu, constituindo aviso de uma ameaça interna (Freud, 1926/2014). Trata-se, aqui, da ameaça de castração, postulada como crucial ao desenvolvimento psíquico, por simbolizar a noção de que algo falta ao sujeito.

É perceptível o lugar importante que a angústia tem em seu caráter de inquietação. Freud (1926/2014) se questiona não apenas sobre a angústia em si, mas sobre as contradições que o afeto aponta em suas construções teóricas até o momento. É um afeto estudado pela via de sua diferença com os demais, questionado em suas aparições como descarga motora (o coração acelerado, o peito ofegante — e, posso acrescentar, a título de experiência, o chute na bomba de medicamentos dado por uma paciente, mesmo com o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica avançada).

Ainda, Freud (1926/2014) segue discorrendo sobre a angústia diante do perigo interno e externo, propondo diferentes encadeamentos com a inibição e o sintoma, assim como diferentes respostas do sujeito. Vale ressaltar que, mesmo sendo situações nomeadamente apartadas, é possível perceber ao longo do texto o que mais tarde Lacan (1962-1963/2005) pontua sobre o caráter moebiano da experiência do sujeito, sendo o interno e o externo em constante atravessamento. Também por isso, qualquer explicação para a angústia na via da causalidade direta é fadada à incoerência.

É com a formalização do conceito de objeto *a* que o conceito de angústia é aprofundado na obra lacaniana, não sendo esse um afeto desprovido de objeto, mas que tem sua manifestação na iminência do objeto causa de desejo. Lacan (1962-1963/2005) esquematiza, utilizando-se do esquema ótico, como a reflexão do *a* aparece como falta (*-phi*), ou seja, não é especularizável. Isso sustenta seu lugar de objeto perdido, inapreensível por sua queda, mas que funciona como a volição do desejo justamente por sua ausência.

Soler (2012) comenta a articulação de *a* e *-phi* como de duas faltas: o primeiro, objeto que falta; o segundo, a falta que ele faz. Nos dois casos, é reiterado que não há imagem possível para esses dois elementos. No caso de *a*, porque é investimento libidinal que dá peso e importância à forma da imagem. Já *-phi* é a reserva operatória de libido, ou seja, libido que não é investida na imagem e por isso não aparece lá.

Essa teorização sustenta a conceituação de angústia como sinal no eu, uma vez que esses elementos estão localizados a partir da especularização, imagem do eu, sendo aí a angústia enquadrada. Considera-se o Outro como lugar do próprio

reflexo em que a falta se mostra e o eu se dá, o lugar em que o sujeito se inscreve e encontra o traço que marca sua constituição singular.

Nesse sentido, a conceituação toma outras proporções, por considerar o desejo do Outro na constituição psíquica como o lugar de direção da questão do sujeito: que queres? — como afirma Lacan (1962-1963/2005): “Que quer ele a respeito deste lugar do eu?”. É a resposta a essa questão, ou seja, o desejo do Outro sobre o sujeito que surge e de que a angústia dá sinais, uma vez que nessa resposta a inapreensibilidade de *a* é flagrada em nível de sujeito e do Outro. Ainda, ressalta-se que o ser como desejo do Outro não é uma objetificação propriamente dita, mas uma interrogação do sujeito como causa de desejo: “Digamos que ele me anula (...) dirige-se a mim como esperado, e, muito mais ainda, como perdido. Ele solicita minha perda, para que o Outro se encontre aí. Isso é que é angústia. O desejo do Outro não me reconhece” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 169).

Aqui, não é a colocação do sujeito como objeto de demanda, em uma relação de alienação, que resulta na emergência da angústia, uma vez que, colocando-se assim, a falta no Outro é ilusoriamente tamponada. A angústia está na solicitação pelo Outro da perda do sujeito, admitindo-o como causa do desejo, como *a*, e assim sustentando uma posição de faltante: “Ele me anula não como objeto, mas precisamente como sujeito, ele mesmo tomado pela falta” (Soler, 2012, p. 86).

Foi a partir do que escutei de meus pacientes que a angústia me inquietou. Parecia-me que, com a constatação da finitude, a questão *Que queres?* se apresentava de forma desnorteadora, com propensão dos sujeitos a entrarem em estado de urgência sobre como viveram a própria vida: arrependimentos, marcas, valores. A urgência subjetiva promovida pela finitude se encontra com a ausência de uma resposta rápida alienadora.

Havia alguma particularidade na angústia no fim de vida, com a morte diagnosticada, registrada em prontuário? A cada linha, descubro que não. A angústia que vejo emergir na experiência não é diferente, mas justamente vem como o sinal que é; acarretada pelo peso maciço de uma finitude atestada, vivida como Real que rompe, alarga as bordas da cena da fantasia constituída pelo sujeito para viver.

Essa situação evoca as contribuições sobre o trauma, considerando o desenvolvimento freudiano de invasão libidinal desproporcional ao que o sujeito sustenta; e lembrando o corpo doente, que tem toda a sua atenção, seu investimento libidinal, voltada ao órgão de impacto. O corpo, de repente, é invadido não só por procedimentos, mãos estranhas ou olhares: é invadido também por diferentes nomes, pelo crescimento de tumores, massas, células estranhas a si mesmo, mas fabricadas no corpo; tomado pela confusão mental, pela paralisação de membros dos quais antes tinha pleno controle.

Nisso que acontece tão intimamente que nem é visto, o que aparece para perturbar? Freud (1919/2019), em “O infamiliar”, conceitua o *Unheimlich* evocando

algo da estética — e, com isso, podemos dizer de algo que acontece na imagem —, mas que não se finda nisso e tem seu estranhamento na singularidade sensorial. Não há um fenômeno *Unheimlich* propriamente dito, mas há a sensação de estranheza que permeia fenômenos, dando-lhes essa característica estética, seja a partir da singularidade de cada sujeito ou da construção cultural. Isso porque a definição freudiana do *Unheimlich* é de algo íntimo à vida anímica, mas que foi afastado pelo processo de recalçamento.

Ainda, ele afirma que é um resto de atividade psíquica animista (funcionamento primitivo, não regulado pela realidade) a condição para expressão do infamiliar. Aqui, é possível pensar a contribuição do conceito de objeto *a* como permeada ao *Unheimlich*, uma vez que como investimento libidinal de que se trata não anima apenas o objeto de investimento amoroso, dando-lhe características singulares, mas também opera na transformação de *Heim*, familiar, em *Unheim*, infamiliar.

De acordo com Lacan (1962-1963/2005), o fenômeno do *Unheimlich* é a chave para a formulação do conceito de angústia,¹ uma vez que o que a representa é o surgimento do *heimlich*, que deveria ser invisível, no lugar no qual a falta deveria estar. Ele situa *Heim* como casa, situada em um lugar do Outro para além da imagem: *-phi*. Dessa forma, situa a angústia quando isso que era desaparecido do enquadramento, o objeto *a*, só faz retornar — e o que era reconhecido como casa sofre um abalo: “O que é *Heim*, o que é *Geheimnis* [segredo, mistério], nunca passou pelos desvios, pelas redes, pelas peneiras do reconhecimento. Manteve-se *unheimlich*, menos não habituável do que não habitante, menos inabitual do que inabitado” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 87).

Castro-Arantes (2020) afirma que o que vem à tona, na invasão da imagem do corpo pela doença, é o impacto de uma posição objetal, uma vez que é a imagem que funciona como véu. Certa vez, um paciente me contou um delírio febril, ocorrido ao mesmo tempo que a paciente em frente, em *delirium*, gritou durante toda a madrugada. “Era como se eu estivesse no inferno, filme de terror.” Isso, ele atribui aos impactos de seu diagnóstico de câncer avançado. Em meio à cena, um amigo lhe dizia como era estar morto — o que foi elemento comum em outras alucinações, quando tinha rebaixamento de nível de consciência, nos últimos dias de vida. A partir disso, começou a dizer sobre sua dificuldade em lidar com o diagnóstico, algo mantido em silêncio em atendimentos anteriores.

Foi o mesmo paciente que me perguntou se eu estava ali para olhá-lo como ser humano — até ali, só tinha se sentido um monte de órgãos. A concomitância em

1 Em Freud (1919/2019, p. 85): “entre os casos que provocam angústia deve haver então um grupo no qual se mostra que esse angustiante é algo recalçado que retorna. Essa espécie de angustiante seria então o infamiliar e, nesse caso, seria indiferente se ele mesmo era, originalmente, angustiante ou se carregava algum outro afeto consigo”.

ser visto a partir do organismo e a perturbação dos gritos de sua colega de quarto — que escuto como experiência do *Unheimlich* — trazem a aparição do amigo, elemento de identificação, reconhecimento, ancoragem. Dessa forma, não é na negação da finitude que essa experiência se forma, mas justamente na iminência do que há de traumático.

O excesso libidinal, traumático, o excesso de *a* onde não deveria, angústia — o atravessamento entre os conceitos não é em vão. O que diz do trauma, assim como o *Unheimlich*, não é o fenômeno em si, mas, como propõe Berta (2015), pode ser um instante, um ruído, um barulho... um detalhe. É isso que atua não como causa, mas como momento de partida da urgência subjetiva.

Momento, instante, fugidio são significantes utilizados largamente para descrever o que é da ordem do *Unheimlich*, apontando para o que há de efêmero na experiência. Já dizia Lacan:

A angústia, nessa relação tão extraordinariamente evanescente por onde nos aparece (...) é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar. (Lacan, 1957/1995, p. 231)

Um momento de suspensão, ruptura no reconhecimento de si e que se introduz, segue Lacan, sob a forma de uma pulsão. Ele afirma, comentando o caso Hans, que, quando nada crítico acontece além de um corpo a pulsar, é que ele se confronta com a “hiância entre satisfazer uma imagem e ter algo de real para apresentar” (Lacan, 1957/1995, p. 232).

Aqui, trata-se da intervenção do corpo na vida do sujeito, quando se apresenta com uma espécie de desconhecimento no caráter de invasão pulsional — no adoecimento, por exemplo, com o que há de mais íntimo não apenas revirado de dentro para fora por uma equipe de saúde, mas também perturbando a consistência da imagem de si.

Lacan (1962-1963/2005) propõe que a imagem especular do corpo coloca o sujeito em posição de júbilo, uma vez que dá a sensação de torná-lo transparente a si mesmo — sensação enganosa, ilusória. Acrescenta que, se não houvesse a psicanálise, isso seria sabido a partir da experiência do *Unheimlich* como vacilo, desconhecimento, uma vez que o reconhecimento é limitado, escapa algo do investimento proveniente do fato de existirmos como corpo.

(...) esse resíduo não imaginado do corpo, que, por um desvio que sabemos designar, vem manifestar-se no lugar previsto para a falta, e de um

modo que, por não ser especular, torna-se impossível de situar? Com efeito, uma das dimensões da angústia é a falta de certos referenciais. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 71)

Portanto, não é qualquer corpo que incide na angústia, nem no *Unheimlich*: abre-se uma fratura entre imagem e carne. Não é leviana a coincidência entre o afeto da angústia, o resto de corpo e o anúncio da morte: constituído a partir da demanda do Outro, o sujeito carrega a imortalidade de se fazer necessário a esse — mas como desejo, em que o sujeito é passível de ser perdido, esperado, no que tange à inexistência radical do verbo.

A que serve a angústia como sinal clínico senão dizer sobre o encontro com o irrepresentável de si, abrindo possibilidades inéditas de predicados (Soler, 2012)? Dessa forma, a angústia é um afeto que, para ter função, carece de endereçamento, a saber, escuta.

Concluir

Ao acontecimento traumático, cada um responde como pode. Em meu percurso, acompanhei desde os pesadelos, delírios febris envoltos em horror, até a escrita de um livro e a possibilidade da despedida. Lembro-me de quando um paciente, entre oscilações de níveis de consciência, usou algumas de suas últimas palavras para me agradecer. Por muito tempo depois, perguntei-me ao que era dirigido a aquele agradecimento: Por que me agradeceu? Qual efeito se produz com a escuta?

Castro-Arantes e Lo Bianco (2013) afirmam que escutar é fazer valer a palavra, o que implica o sujeito, dando-lhe lugar como, inexoravelmente, sujeito ao corpo. Essa implicação comporta a noção de falta constituinte do desejo e faz dessa condição sua autoria na própria história. Ofertar escuta é, dessa forma, ofertar responsabilização — isso, em um contexto de hospitalização, em que os sujeitos são constantemente despossuídos de seus saberes, assujeitados. Como articulam Moraes e Darriba (2022), ofertar escuta no contexto de cuidados paliativos é possibilitar aos sujeitos que sua palavra, como formação do inconsciente, seja reavida, e, com isso, a vida e o desejo possam entrar em jogo.

Recordo-me de uma paciente, com aproximadamente 70 anos de idade, diagnosticada com mieloma múltiplo, internada por uma queda súbita em casa. “Caí pra trás, e meu filho me trouxe” — tinha grandes questões com a perda de autonomia da hospitalização e sempre referia angústia diante das possíveis sequelas com as quais voltaria para casa. Sonhou que uma grande ventania a derrubava, enquanto tentava proteger uma criança, queda incontrolável, algo que a ultrapassa. Alguns dias depois, contou-me outro sonho, dessa vez em que se sentia livre, ia à feira e estendia roupas de bebê no varal.

Narrou suas gestações e a maternagem, o casamento falido e a necessidade de independência: foi como autônoma que cuidou e sustentou seus filhos. Enquanto falava, acariciava sua barriga, inchada por ascite: “Quando estava grávida, enjoava tanto que caí pra trás, e agora meu filho tem que me pegar no colo, como um bebê.” Foi pela ventania que conseguiu dizer sobre as perdas ocasionadas pelo adoecimento e a finitude que o corpo apresentava lentamente. Foi pelas roupas de bebê e pela maternidade que encontrou reconhecimento — entre a angústia que a finitude traz e o desejo que a narrativa de vida evoca.

Como propõe Berta (2015, p. 104): “A cada urgência subjetiva deve abrir-se a dimensão da fala para visar a um saber. No entanto, isso será possível se, do sem sentido que a urgência subjetiva aponta, trabalha-se com o sentido que possibilite historizar, localizar o sujeito em sua questão.”

Se a urgência subjetiva, no contexto de uma internação hospitalar, pode apresentar-se a partir do traumático que é se descobrir sujeito ao corpo, compreende-se que as contribuições da psicanálise se evidenciam na diferença entre os enunciados e a enunciação produzidos sobre o corpo.

Ouvir o enunciado do corpo é o que pode fazer uma equipe de saúde quando oferta um tratamento visando à dignidade humana, não considerando o paciente alguém passivo no acontecimento de sua doença. É específico ao psicanalista, nesse contexto, propor um tempo-espço à enunciação, escuta do inconsciente — que perpassa o corpo. São efeitos do sujeito de desejo que permitem ao paciente estar para o tratamento com responsabilidade, aposar-se de sua condição assujeitada ao corpo e criar caminhos a partir dela. Assim, há um encontro entre a oferta de tratamento com dignidade por uma equipe de saúde e a possibilidade de o sujeito apropriar-se dessa oferta, como sujeito de desejo.

Castro-Arantes (2016) propõe que o trabalho em cuidados paliativos é pontual, mas não em referência a qualquer cronologia ou brevidade do tempo de atendimento, e, sim, evocando o que é da ordem da escansão, do corte, e, ainda mais: da pontuação de uma escrita. É como testemunha da escrita do sujeito no ponto-limite marcado pela morte que o psicanalista acompanha os efeitos da finitude para cada um.

E, justamente, “a urgência-índice do *si mesmo*” tem sua localização entre espera e certeza, onde *Unheimlich* e desamparo entram em conluio (Berta, 2015). A urgência dá *indícios*, e, evocando a efemeridade dessa palavra, pode-se concluir que o indício é do trauma em seu detalhe. Dessa forma, considerando a angústia em dimensão de “des-espera”, como afirma Berta (2015), é pela via desse afeto que o tempo de urgência pode alargar-se e propor a colocação de uma questão, em vez da tentativa de formular uma resposta.

É no curto-circuito entre o corpo doente e a imagem de si que a intervenção a partir da angústia faz efeito de espera. O que se ressalta dessa experiência é a

iminência da morte convocando a vida, e o espaço de escuta do sujeito não apenas levando em conta a história e a tratativa de sua doença, mas que a partir dela e da descontinuidade que traz sua biografia esteja presente, fazendo âncora, amarração. Como canta Gil, até o momento da morte terei que estar *presente*:

O derradeiro ato meu
E eu terei de estar presente
Assim como um presidente
Dando posse ao sucessor
Terei que morrer vivendo
Sabendo que já me vou...

Referências bibliográficas

- Azevedo, E. C. (2016). *Não há tempo... a perder: o tempo lógico na clínica da urgência subjetiva*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei. Minas Gerais. Brasil.
- Benjamin, W. (1994). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1936)
- Berta, S. L. (2015). Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A Peste*, 7(1), 95-105.
- Brasil. Ministério da Saúde (2024). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (Org.) (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP* (2a ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Castro-Arantes, J. (2016). Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 19(3), 637-662.
- Castro-Arantes, J. (2020). O lugar da palavra do paciente em cuidados paliativos. In E. C. Mendes & L. C. Fadel Vasconcellos (Org.), *Cuidados paliativos: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Curitiba: Appris.
- Castro-Arantes, J. M., & Lo Bianco, A. C. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522.
- Freud, S. (2010). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2010). A transitoriedade. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916)

- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 14). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 16). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 17). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (2019). O infamiliar. In *Obras incompletas de Sigmund Freud – O infamiliar [Das Unheimliche]* (Edição bilíngue). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919)
- Lacan, J. (1995). Lição XVIII: o desejo, a vida e a morte. In J. Lacan. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955)
- Lacan, J. (1995). Lição XIII: sobre o complexo de castração. In J. Lacan. *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957)
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1945)
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963)
- Moraes, L. F. de, & Darriba, V. A. (2022). A carta reavida: o lugar do analista e a prática em cuidados paliativos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25(3), 560-577.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Soler, C. (2012). *Seminário de leitura de texto ano 2006-2007: seminário A angústia*. São Paulo: Escuta.
- Watson, M. et al. (2019). *Oxford handbook of palliative care* (3a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Wieczorek, R. T., Kessler, C. H., & Dunker, C. I. L. (2020). O (f)ato clínico como ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise. *Tempo Psicanalítico*, 52(2), 185-213.

Recebido: 01/11/2024

Aprovado: 15/11/2024