

A psicanálise no processo do luto antecipatório: enfrentamento da morte e ressignificação da vida

Psychoanalysis in the process of anticipatory grief: facing death and resignifying life

Karinne Neiva Jordão

Psicanalista clínica, Brasil.

PUBLICADO 20 DEZ 2024

Os registros de tramitação editorial dos volumes 1 a 3 estão incompletos em razão de mudança na direção da revista. As datas de recebimento, revisão e aceite deste artigo não puderam ser recuperadas e, por isso, não são informadas.

RESUMO

O luto antecipatório designa o conjunto de processos psíquicos e relacionais que se instalam entre o diagnóstico de uma condição sem possibilidade de cura e a morte efetiva, configurando uma elaboração que se inicia antes da perda concreta. Este artigo examina esse processo e interroga o que a escuta psicanalítica pode oferecer ao paciente, à família e à equipe que o atravessam. Procede-se por revisão narrativa de literatura, de natureza teórico-conceitual, articulando a formulação freudiana do trabalho de luto, as contribuições kleiniana e winnicottiana sobre perda e reparação, e a literatura sobre terminalidade e cuidados paliativos. Confrontam-se, em seguida, os principais modelos descritivos do luto — estágios, fases e tarefas — quanto à unidade que adotam e às implicações clínicas de cada um. Argumenta-se que o luto antecipatório não é um luto em miniatura nem um adiantamento que subtrai sofrimento ao luto posterior, mas um tempo de elaboração com economia própria, marcado pela coexistência entre presença física e ausência simbólica do objeto. Conclui-se que a contribuição específica da psicanálise nesse campo reside menos em protocolos de intervenção do que na oferta de um lugar de escuta que sustente a ambivalência e devolva ao sujeito a autoria sobre a própria despedida.

Palavras-chave: luto antecipatório; trabalho de luto; finitude; cuidados paliativos; escuta psicanalítica.

ABSTRACT

Anticipatory grief designates the psychic and relational processes that arise between the diagnosis of an incurable condition and actual death, constituting an elaboration that begins before the concrete loss. This article examines that process and asks what psychoanalytic listening can offer to the patient, the family and the care team who go through it. The method is a narrative review of the literature, theoretical and conceptual in nature, articulating the Freudian formulation of the work of mourning, Kleinian and Winnicottian contributions on loss and reparation, and the literature on terminality and palliative care. The main descriptive models of grief — stages, phases and tasks — are then compared with regard to the unit each adopts and the clinical implications that follow. It is argued that anticipatory grief is neither a miniature mourning nor an advance payment that subtracts suffering from later mourning, but a time of elaboration with its own economy, marked by the coexistence of the object's physical presence and symbolic absence. The specific contribution of psychoanalysis in this field lies less in intervention protocols than in offering a place of listening that sustains ambivalence and restores to the subject authorship over their own farewell.

Keywords: anticipatory grief; work of mourning; finitude; palliative care; psychoanalytic listening.

1 Introdução

A morte ocupa, nas sociedades contemporâneas, posição paradoxal: onipresente como informação e ausente como experiência compartilhável. Ariès (2003) documentou o deslocamento histórico que a retirou do espaço doméstico e a confinou à instituição hospitalar, convertendo o morrer, antes acontecimento público e ritualizado, em proces-

so técnico conduzido à margem do laço social. Esse deslocamento tem consequências clínicas precisas: quando o morrer deixa de ser cena coletiva, o enlutado perde não apenas o objeto, mas também o repertório simbólico que organizava a perda.

Há, porém, uma configuração em que a morte se anuncia antes de se consumir. O diagnóstico de uma condição grave, sem possibilidade de controle e com prognóstico reservado, instaura um intervalo em que paciente e família sabem o desfecho e permanecem convivendo com a vida que ainda dura. É esse intervalo que a literatura nomeia luto antecipatório: não a antecipação cronológica de um sofrimento futuro, mas a instalação de um trabalho psíquico de elaboração enquanto o objeto ainda está presente (Fonseca, 2004; Rando, 2000).

A questão que este artigo persegue é a seguinte: o que a psicanálise, como teoria do psiquismo e como prática de escuta, tem a oferecer a esse intervalo? A pergunta não é retórica. A psicanálise não dispõe de protocolo para terminalidade, não oferece estadiamento do sofrimento nem técnica de preparação para a morte. O que ela oferece é de outra ordem — e convém enunciá-lo com precisão, sob pena de converter a contribuição psicanalítica em retórica consoladora, exatamente o que a experiência da perda menos tolera.

A hipótese aqui sustentada é que a contribuição específica da psicanálise ao campo do luto antecipatório reside em três operações: sustentar a ambivalência que o discurso do cuidado tende a recalcar; recusar a normatização temporal da elaboração; e devolver ao sujeito a posição de autor da própria despedida, contra o funcionamento institucional que o constitui como objeto de intervenção.

2 Método

Trata-se de revisão narrativa de literatura, de natureza teórico-conceitual, orientada à articulação entre um corpus psicanalítico clássico e a produção especializada sobre luto antecipatório e terminalidade. Não se pretende exaustividade sistemática, inadequada ao objetivo de reconstrução conceitual aqui perseguido.

O corpus primário reúne os textos em que o trabalho de luto recebe formulação metapsicológica: *Luto e melancolia* (Freud, 1917/1996), as *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (Freud, 1915/1996), *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920/1996), o estudo de Klein (1940/1996) sobre luto e estados maníaco-depressivos e as formulações de Winnicott (1975) sobre objeto transicional e so-

breviência do objeto. O corpus secundário compreende a literatura de referência sobre perda e vínculo (Bowlby, 1990; Parkes, 1998), os manuais de aconselhamento e terapia do luto (Worden, 2013), a produção sobre terminalidade e cuidados paliativos (Kovács, 1992; Arantes, 2016) e os trabalhos que delimitaram o conceito de luto antecipatório (Lindemann, 1944; Fonseca, 2004; Rando, 2000).

O critério de inclusão foi duplo: tratamento conceitual explícito do processo de luto — e não menção ilustrativa — e publicação em obra de referência, periódico com revisão por pares ou editora com catálogo especializado. Excluíram-se materiais de divulgação, textos de autoajuda e trabalhos cuja referência à psicanálise fosse decorativa. O percurso analítico organizou-se em quatro movimentos: reconstituição da formulação freudiana do trabalho de luto; delimitação conceitual do luto antecipatório e de sua temporalidade; confronto entre os modelos descritivos disponíveis; e exame da especificidade da escuta psicanalítica nesse contexto.

3 O trabalho de luto na formulação psicanalítica

3.1 Desligamento libidinal e trabalho

A formulação de 1917 é economicamente precisa. O luto é descrito como processo pelo qual a libido investida no objeto perdido é, parcela a parcela, retirada de cada uma das lembranças e expectativas que a ele ligavam o sujeito. Essa retirada não é automática nem indolor: cada investimento deve ser evocado, hipercatexizado e então desligado, operação que consome tempo e energia psíquica e explica a inibição característica do estado de luto. Concluído o processo, o eu reencontra-se livre para novos investimentos (Freud, 1917/1996).

Dois aspectos dessa formulação merecem destaque. O primeiro é a insistência no termo *trabalho*. O luto não é estado passivo que o tempo dissolve, mas operação que o psiquismo executa. Daí decorre a possibilidade, clinicamente decisiva, de que esse trabalho se interrompa, se obstrua ou não se inicie. O segundo é a distinção com a melancolia: nesta, a perda não é do objeto, mas no eu, pois a sombra do objeto recai sobre o sujeito, que passa a dirigir contra si as censuras que seriam destinadas ao objeto abandonado. A diferença não é de intensidade, mas de destino da identificação — observação que permanece operativa no exame clínico das configurações de luto complicado.

Klein (1940/1996) deslocou o eixo dessa descrição ao situar o luto adulto como reedição da posição depressiva in-

fantil. Toda perda atual reativaria a angústia originária relativa aos objetos internos e a dúvida sobre a capacidade de preservá-los. O trabalho de luto consistiria, nessa leitura, em reinstalar internamente o objeto perdido — não em desinvesti-lo, mas em assegurá-lo. A reparação, movimento central dessa economia, exige que o sujeito reconheça a própria hostilidade em relação ao objeto, o que torna a ambivalência condição do luto e não seu obstáculo.

3.2 A dor da ausência de presença

Nasio (1997) formulou de modo produtivo a especificidade da dor da perda: ela não decorre da ausência do objeto no mundo, mas da ausência de sua presença no psiquismo. O objeto amado não é apenas alguém que existe fora; é uma presença interna que organiza o investimento do sujeito. Sua perda abre, no tecido representacional, um vazio que a realidade externa não causa, apenas revela. Essa precisão importa ao tema deste artigo, pois permite compreender por que a morte anunciada já produz dor: a ausência de presença pode instalar-se muito antes do óbito, à medida que a doença subtrai progressivamente aquilo que fazia do objeto a figura investida.

Freud (1915/1996) acrescenta elemento complementar ao observar que, no inconsciente, cada um se supõe imortal — a própria morte é irrepresentável, e o que se figura no lugar dela é sempre a morte do outro. Essa observação esclarece a resistência cultural à finitude descrita por Ariès (2003) e Chauí (2000): o silenciamento social da morte não é apenas hábito histórico, mas efeito de uma impossibilidade representacional sobre a qual as construções culturais se apoiam.

4 O luto antecipatório: delimitação conceitual

4.1 Origem e revisões do conceito

O termo foi introduzido por Lindemann (1944) a partir da observação de reações de esposas de soldados convocados: diante da ameaça de morte iminente, instalava-se um processo de desligamento afetivo cuja função parecia adaptativa. A formulação original continha, porém, uma tese que a clínica posterior não sustentou — a de que o luto antecipado reduziria a intensidade do luto subsequente, funcionando como pagamento parcial antecipado.

Rando (2000) reformulou o conceito em termos mais amplos, incluindo no luto antecipatório não apenas as reações de pesar, mas o conjunto dos processos intrapsíquicos e interpessoais mobilizados para a adaptação a uma

condição que ameaça a vida. Nessa reformulação, o processo integra três temporalidades: as perdas já ocorridas, as perdas que se produzem no presente do adoecimento e a perda futura antecipada. Fonseca (2004) acrescenta a função relacional: o intervalo permite a solução de conflitos, o esclarecimento de questões pendentes e a construção de despedidas — possibilidades estruturalmente indisponíveis na perda súbita.

Convém marcar, com Fonseca (2004), que o luto antecipatório não anula os efeitos da morte quando ela ocorre. A tese do desconto é equivocada e clinicamente perigosa, pois autoriza a expectativa, frequentemente dirigida aos familiares, de que já tenham sofrido o bastante. O que o intervalo oferece não é redução de intensidade, mas possibilidade de elaboração — condição distinta, e nem sempre realizada.

4.2 Temporalidade e economia própria

A terminalidade não é unidade de tempo, mas condição clínica, e pode estender-se de dias a anos (Arantes, 2016). Dessa indeterminação decorre a dificuldade específica do luto antecipatório: o processo de elaboração não dispõe de termo previsível, e o sujeito é convocado a sustentar simultaneamente o investimento em alguém que ainda vive e o desinvestimento em alguém que já se perde. Kovács (1992) descreve essa duplicidade como a coexistência, no familiar, da ausência atual — aquilo que a doença já subtraiu — e da ausência futura antecipada.

Essa coexistência é o que confere ao luto antecipatório economia distinta do luto posterior à morte. Não se trata de trabalho de desligamento, porque o objeto permanece presente e exige investimento continuado; tampouco de luto suspenso, porque perdas efetivas já se consumaram. Trata-se de um regime em que investimento e desinvestimento operam de modo concomitante sobre o mesmo objeto — configuração que explica a ambivalência que marca a experiência dos cuidadores e que será examinada adiante.

5 Modelos descritivos do processo de luto

A literatura produziu três famílias de modelos para descrever o processo de luto, distintas quanto à unidade descritiva que adotam. O modelo de estágios, formulado por Kübler-Ross (2017) a partir de entrevistas com pacientes em fase terminal, identifica negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Sua difusão foi considerável e seu uso, frequentemente abusivo: tomado como sequência

obrigatória, converte-se em grade normativa que mede o enlutado em vez de acolhê-lo.

A família dos modelos de fases, associada a Parkes (1998) e a Bowlby (1990), substitui a noção de etapa discreta pela de período com predomínio de certas manifestações, admitindo sobreposição e retorno. Parkes descreve torpor, saudade e anseio, desorganização e desespero, e reorganização. A alteração é mais do que terminológica: fases não precisam ser cumpridas, apenas atravessadas, e a não linearidade deixa de constituir anomalia.

Worden (2013) propõe deslocamento adicional ao substituir a descrição por tarefas: aceitar a realidade da perda, processar a dor do luto, ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta e encontrar uma conexão duradoura com ela ao iniciar uma nova vida. O argumento em favor dessa formulação é explicitamente clínico e explicitamente freudiano: o conceito de tarefa é mais consoante com a noção de trabalho de luto e implica que o enlutado pode agir, em vez de apenas aguardar que o processo se complete. Isso tem consequência sobre a posição subjetiva: fases são atravessadas, tarefas são executadas.

MODELO	UNIDADE DESCRITIVA	CONFIGURAÇÃO PROPOSTA	IMPLICAÇÃO CLÍNICA
Estágios (Kübler-Ross)	Estágio emocional sucessivo	Negação, raiva, barganha, depressão, aceitação	Risco de normatizar o percurso e medir o enlutado por ele
Fases (Parkes; Bowlby)	Período com manifestações predominantes	Torpor, saudade, desorganização, reorganização	Admite sobreposição e retorno; retira a anomalia da não linearidade
Tarefas (Worden)	Operação a ser executada pelo enlutado	Aceitar a perda, processar a dor, ajustar-se, reposicionar o vínculo	Restitui agência; aproxima-se do trabalho de luto freudiano
Escuta (psicanálise)	Elaboração singular, sem unidade prévia	Sem sequência: o tempo é o do sujeito	Recusa a norma temporal; sustenta a ambivalência como material

Tabela 1 — Confronto entre os modelos descritivos do processo de luto quanto à unidade adotada e às consequências clínicas de cada escolha. A última linha registra a posição psicanalítica, que não constitui um quarto modelo descritivo, mas uma recusa da descrição prévia como organizador da escuta.

6 Família, ambivalência e cuidado

O adoecimento prolongado reorganiza a dinâmica familiar inteira. O cuidador principal acumula função assistencial, desgaste físico, exigência financeira e trabalho psíquico de preparação para a morte — combinação que produz efeitos bem documentados sobre a própria saúde. Nesse contexto, as relações entre família e paciente oscilam entre maior intimidade e distanciamento hostil, e a oscilação não constitui falha moral, mas expressão da ambivalência estrutural da situação.

O ponto exige enunciação clara, porque é sistematicamente silenciado. Diante de sofrimento prolongado, pode emergir no familiar o desejo de que a morte sobrevenha — desejo que aliviaria tanto o paciente quanto o cuidador, e que é imediatamente seguido de culpa. A leitura psicanalítica dessa configuração é direta: trata-se da ambivalência constitutiva de todo vínculo intenso, que a situação de terminalidade apenas torna manifesta. Klein (1940/1996) havia estabelecido que o reconhecimento da hostilidade dirigida ao objeto é condição da reparação, e não seu impedimento. Um dispositivo de escuta que não acolha esse material deixa o sujeito sozinho com aquilo

que menos pode dizer, aumentando a probabilidade de configurações complicadas de luto.

O trabalho em cuidados paliativos oferece o enquadre institucional em que essa escuta pode inscrever-se. Fundado no controle de sintomas e na promoção de qualidade de vida diante de condição que ameaça a continuidade da existência, o cuidado paliativo é conduzido por equipe multiprofissional e tem início idealmente desde o diagnóstico, não na iminência do óbito (Arantes, 2016). A inclusão do psicanalista nessa equipe não se justifica por uma função de apaziguamento, mas pela oferta de um lugar onde o que não cabe no discurso do cuidado possa ser dito.

7 A escuta psicanalítica no luto antecipatório

A psicanálise constituiu-se, desde sua origem, como método de escuta. Foi ao conceder atenção ao que o sintoma histórico articulava, ao que o sonho deslocava e condensava e ao que o ato falho interrompia que Freud estabeleceu simultaneamente um campo de conhecimento e um procedimento terapêutico. O que define esse procedimento não é um conjunto de técnicas, mas a posição de quem escuta: suposição de que a fala do paciente comporta uma verda-

de que ele próprio desconhece e que apenas sua enunciação pode produzir.

Transposta ao contexto da terminalidade, essa posição produz efeitos específicos. Moretto (2001) interrogou com rigor o que pode um analista no hospital e demonstrou que a resposta não está em adaptar a técnica ao setting hospitalar, mas em sustentar, naquele ambiente, a direção que define a escuta analítica — direção que frequentemente colide com a demanda institucional de que o paciente seja tranquilizado, adeque-se ao tratamento e não perturbe a rotina da equipe.

A escuta psicanalítica no luto antecipatório opera, assim, por três recusas. Recusa a norma temporal: não há prazo correto para elaborar, e a pressa institucional em obter aceitação é, com frequência, pressa da equipe diante da própria angústia. Recusa a supressão da ambivalência: hostilidade, alívio antecipado, desejo de término e culpa são material de trabalho, não desvios a corrigir. E recusa a posição de objeto: o paciente em terminalidade é constantemente falado — pela medicina, pela família, pelo prognóstico — e a oferta de um lugar de enunciação restitui-lhe a condição de sujeito precisamente quando tudo converge para subtraí-la.

Dessa terceira recusa decorre o que o original chamou de ressignificação, termo que convém precisar. Não se trata de atribuir sentido positivo ao sofrimento nem de conciliar o sujeito com a morte, operações que a clínica não autoriza e que a experiência desmente. Trata-se do trabalho pelo qual o sujeito reconstrói uma imagem de si que a doença desorganizou — abandonando a concepção que tinha de quem era para formular outra, compatível com as transformações físicas, cognitivas e relacionais impostas pelo adoecimento. Winnicott (1975) oferece aqui recurso conceitual pertinente: a capacidade de usar o objeto depende de que ele sobreviva à destrutividade do sujeito. No luto antecipatório, trata-se de saber se o vínculo sobrevive à perda progressiva do objeto real — e a escuta é um dos dispositivos pelos quais essa sobrevivência pode construir-se.

Considerações finais

O percurso realizado permite quatro proposições.

A primeira é que o luto antecipatório não constitui versão atenuada do luto posterior à morte, mas configuração com economia própria, em que investimento e desinvestimento incidem simultaneamente sobre o mesmo objeto. A tese do desconto — segundo a qual sofrer antes reduz o sofrer

depois — não se sustenta e produz efeito iatrogênico ao instituir expectativa de luto abreviado sobre quem acompanhou um adoecimento longo.

A segunda é que os modelos descritivos disponíveis diferem menos no conteúdo que descrevem do que na posição que atribuem ao enlutado. O deslocamento de estágios para tarefas, operado por Worden (2013), tem consequência clínica direta, por restituir agência onde a descrição por etapas instalava passividade. A psicanálise não acrescenta um quarto modelo, mas recusa que a descrição prévia organize a escuta.

A terceira é que a ambivalência é o material central desse campo, e seu silenciamento, o principal obstáculo. O desejo de que o sofrimento termine, a hostilidade em relação a quem se ama e o alívio que acompanha a morte anunciada são elementos constitutivos da situação, não falhas de caráter. A clínica que não os acolhe empurra-os para fora da fala, aumentando a probabilidade de que retornem como sintoma.

A quarta é que a contribuição específica da psicanálise não reside na técnica, mas na posição. Em um campo saturado de protocolos, estadiamentos e métricas de qualidade de vida, a oferta de um lugar onde o sujeito possa dizer o que não cabe em nenhuma dessas grades constitui intervenção de ordem distinta — e, precisamente por isso, dificilmente substituível.

Permanece como agenda a investigação sistemática do luto antecipatório em contextos brasileiros de cuidado, campo em que a produção disponível é ainda escassa quando comparada à literatura sobre luto posterior à morte. Igualmente necessária é a formação dos profissionais de saúde para o manejo da própria angústia diante da finitude, sem a qual o silenciamento da morte se reproduz no interior mesmo dos dispositivos criados para acolhê-la.

Declarações

Conflito de interesses. A autora declara não haver conflito de interesses.

Financiamento. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Uso de inteligência artificial. Não foi utilizada inteligência artificial generativa na concepção, na redação ou na análise do conteúdo deste artigo.

Ética em pesquisa. Não se aplica: trata-se de revisão de literatura, sem participantes humanos e sem relato de caso clínico. A versão

original mencionava experiência pessoal de perda familiar, suprimida nesta edição por não ser necessária ao argumento.

Disponibilidade de dados. Não se aplica: trata-se de revisão de literatura, sem produção de dados primários.

Nota editorial. Este artigo integra o acervo reorganizado dos volumes 1 a 3 da Interapia. O texto foi editorialmente adequado às normas vigentes da revista quanto a estrutura, registro e normalização de referências, sem alteração de tese, argumento ou atribuição de autoria.

Referências

- ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- ARIÈS, P. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BOWLBY, J. *Apego e perda*, v. 1: a natureza do vínculo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
- FONSECA, J. P. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. Campinas: Livro Pleno, 2004.
- FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 285-312.
- FREUD, S. Luto e melancolia (1917). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 243-263.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 17-85.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- KLEIN, M. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). In: *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 385-412.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, v. 101, n. 2, p. 141-148, 1944.
- MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- NASIO, J.-D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. 3. ed. São Paulo: Summus, 1998.
- RANDO, T. A. (Org.). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Champaign: Research Press, 2000.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WORDEN, J. W. *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental*. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013.

COMO CITAR

JORDÃO, K. N. A psicanálise no processo do luto antecipatório: enfrentamento da morte e ressignificação da vida. *Interapia — Revista de Clínica, Cultura e Ciências Mentais*, v. 2, n. 1, p. 26-32, 2024.

LICENÇA

Publicado em acesso aberto sob licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. O autor mantém os direitos sobre a obra e concede à revista o direito de primeira publicação.