



## Gestão Emocional do Luto na Contemporaneidade

### *Emotional Management of Grief in Contemporaneity*

Renata de Moraes Machado<sup>1</sup>

Rachel Aisengart Menezes<sup>2</sup>

**Resumo:** *A análise das formulações acerca dos processos saúde-doença, morte e luto evidencia transformações social e culturais, ocorridas em determinado momento histórico. Com o processo de secularização ocorreu uma perda de sentido do sofrimento associado à transcendência, nas sociedades ocidentais. A ênfase no presente, a busca contínua de prazer e o exercício do livre-arbítrio tornam-se referências centrais. Neste contexto, movimentos sociais pelos direitos dos doentes, e grupos da classe médica afirmam o direito a não sofrer. Se não evitado, o sofrimento deve ter a menor duração e intensidade possíveis. É neste sentido que as propostas de atenção em torno do luto estão inseridas. Pelo fato de o luto constituir um processo em que o sofrimento é inerente, ele deve ser compreendido, cuidado e, na medida do possível, elaborado, amenizado ou, até, evitado. Manuais destinados a profissionais de saúde abordam o tema, sugerindo uma superação do luto, independente da perspectiva teórica adotada. É delimitada uma duração, referente ao que seria uma vivência normal ou patológica do luto, assim como são elaboradas prescrições, sejam elas preventivas ou curativas. Manuais e livros-texto, nacionais e internacionais, com caráter prescritivo, destinados a profissionais de saúde, configuram-se como objeto de análise desta pesquisa, uma vez que tais formulações refletem o contexto sociocultural. Na gestão contemporânea do processo de morrer, profissionais de saúde buscam promover ampla aceitação social da morte e uma preparação para o luto, para todos os atores sociais envolvidos nos cuidados ao final da vida. A proliferação de pesquisas e de propostas terapêuticas sobre o luto é evidenciada pela publicação de manuais específicos sobre o tema, a partir do século XXI. Afinal, o que o luto representa na cultura ocidental contemporânea, de modo a se encontrar cercado de atenção dos profissionais de saúde que objetivam sua superação? Frente ao risco de o processo de luto se tornar patológico, os saberes 'psi' não estariam promovendo um controle e/ou autorregulação das emoções, no sentido de uma normatização deste evento?*

**Palavras-chave:** luto, gestão emocional, morte.

**Abstract:** *The analysis of the statements regarding the processes of illness and health, death and grief indicates social and cultural transformations which took place in a particular historical moment. Along with the process of secularization, there was a loss of the meaning of suffering associated to transcendence in eastern societies. The emphasis on the present, the ceaseless search for pleasure and the use of free will become central ideas. In this context, social and*

<sup>1</sup>Doutoranda em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ); Mestre em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). E-mail: renatammachado@gmail.com

<sup>2</sup>Professora Adjunta IESC/UFRJ; Pós-Doutorado em Antropologia Social (PPGAS/UFRJ); Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ); Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). E-mail: raisengartm@terra.com.br



*medical movements affirm the ill' s right of not suffering. The suffering, unless avoided, must have the smallest intensity and duration as possible. It is in this direction which are inserted the proposals of attention to grief. Since the grief holds inherent suffering it should be understood, taken care of and, as far as possible, elaborated, softened or even avoided. Manuals addressed to health professionals approach the theme suggesting the overcoming of the grief regardless the theoretical perspective. A duration is settled according to what would be a normal or pathological experience of grief, as well as prescriptions, being them preventive or healing. Manuals and textbooks, national and international, of prescriptive manner addressed to health professionals are the object of analysis of this research, since they reflect the social and cultural context. In the contemporary management of the dying process, health professionals seek death' s social acceptance and also the preparation for the process of grief for all the social actors involved in the care of the ending of life. The upcoming publishing of specific manuals about the theme reveals the proliferation of researches and therapeutic proposals as of the twenty-first century. Afterall, what does grief represent in the eastern contemporary culture in order to be surrounded of the health professionals' attention which aims to its overcoming? Facing the risk of the grief process becoming pathological, wouldn' t the 'psy' disciplines promote a control and/or a self-regulation of emotions in the sense of standardizing this event?*

**Keywords:** *grief, emotional management, death.*

## Introdução

A análise do processo do morrer e as atitudes em face da morte evidenciam as transformações culturais presentes em determinado contexto. A partir destes pressupostos, desenvolvemos uma investigação, com base na constatação da existência de formulações em torno do que seria um luto normal, no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, o DSM, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria. Neste sentido, apresenta-se uma construção teórica em torno da experiência subjetiva do luto. O DSM-IV, publicado em 2000, se refere ao luto como diagnóstico diferencial do Episódio Depressivo Maior<sup>3</sup>, princípio organizador para classificação de transtornos do humor. Deste modo, segundo o Manual, sintomas depressivos seriam normais no luto, se surgissem no período de dois meses após a perda de um ente querido, e se não persistissem para além deste tempo.

<sup>3</sup>A principal característica para atribuição deste diagnóstico é apresentar humor depressivo e/ou perda de interesse por um período de, pelo menos, duas semanas. Além disso, o sujeito deve apresentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista apresentada no Manual, que inclui alterações comportamentais (apetite e sono, por exemplo) e emocionais, como sentimento de desvalorização pessoal.

No DSM-V publicado em 2013, o luto permanece como diagnóstico diferencial do Episódio Depressivo Maior, porém a duração normal considerada é de doze meses. Para além desta distinção, esta edição contém a formulação do Transtorno do Luto Complexo Persistente, inserido no tópico “Condições para estudos posteriores”. Apesar de ainda não ser categorizado como diagnóstico oficial, o Manual propõe o conceito de luto patológico, que se diferencia do normal pelo tempo de vivência: o patológico é o luto mantido com severidade, para além dos doze meses que sucedem o falecimento.

O luto é posto em discurso. Esta afirmativa é justificada a partir do momento em que os saberes “psi”<sup>4</sup> - (seja a Psicologia ou a Psiquiatria, num segundo momento) buscam enquadrá-lo em definições, com sinais, sintomas e intervenções cabíveis. Guias e manuais - internacionais e nacionais - são organizados, por autores ou instituições especializadas, para orientar profissionais de saúde no acompanhamento a pessoas enlutadas. Estas obras contêm afirmativas sobre o que esperar do processo de luto<sup>5</sup>, quais sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos, e como intervir.

Partimos aqui do princípio de que os saberes ‘psi’ e a biomedicina<sup>6</sup> objetivam responder certas questões estabelecidas em dado contexto histórico, social e cultural. Uma vez formuladas, tais construções científicas acarretam transformações da e na sociedade, bem como nas subjetividades, de modo a produzir novas demandas sociais. Quais seriam os constructos teóricos e prescritivos referentes ao luto na sociedade ocidental contemporânea? O quê esses discursos e prescrições acarretam, em termos de mudanças nas subjetividades? Qualquer vivência de luto deve contar com acompanhamento profissional? Quais situações e/ou ‘sintomas’ de luto seriam patológicos?

A pesquisa em que se baseia este artigo teve a finalidade de apreender e anali-

<sup>4</sup>Os saberes ‘psi’ englobam a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise, sendo os dois primeiros “profissões oficialmente reconhecidas e controladas pelo Estado, que exigem um diploma específico para seu exercício” (RUSSO, 2002, p. 8), enquanto a Psicanálise é um ofício ‘extra-oficial’, transmitida de forma artesanal por “iniciados”.

<sup>5</sup>Para maiores informações ver capítulo da Genezini (2012), no Manual de Cuidados Paliativos, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

<sup>6</sup>Segundo Camargo Jr. (2003, p. 101), Biomedicina é uma racionalidade vinculada ao conhecimento produzido no campo da Biologia, composto por cinco elementos teóricos fundamentais: morfologia, fisiologia, sistema de diagnósticos, sistema de intervenções terapêuticas e uma doutrina médica. Essa racionalidade pode ser delineada em três proposições: caráter generalizante (discursos com validade universal), caráter mecanicista (modelos tendem a naturalizar máquinas produzidas pela tecnologia humana) e caráter analítico (o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes).



sar as formulações teóricas referentes às propostas de intervenção em torno do luto na contemporaneidade. A partir de análise socioantropológica sobre as atitudes diante do processo do morrer, da morte e do luto, buscamos um entendimento sobre as formas como o luto passa a consistir em objeto de um saber específico, desencadeando discursos inovadores e conduzindo ao surgimento de novas categorias profissionais especializadas na intervenção. Assim, estes “*experts da conduta humana*” criam a especialidade de atenção ao luto.

### **1. Gestão contemporânea do processo do morrer**

No campo das ciências sociais, o tema da morte e do morrer passou a receber maior atenção como objeto de estudo no início do século XX, ganhando força a partir da década de 1960. Pesquisas realizadas por estudiosos da área (ARIÈS, 2012; ELIAS, 2001; ADAM e HERZLICH, 2001; CASTRA, 2013; MENEZES, 2004) apontam significativas mudanças nas práticas e representações relativas à morte e ao morrer. A morte não é apenas um fato biológico, mas um fenômeno que sofre alterações, de acordo com o momento histórico e o contexto sociocultural (MENEZES, 2004, p. 24).

O modo como os indivíduos lidam com o processo de morrer está inserido no campo simbólico da vida humana. Seus elementos contêm significados que refletem as formas como os grupos e as culturas vivem e relacionam-se, suas crenças e valores, relação com os corpos e os cuidados referentes a eles. Philippe Ariès (2012) propõe a ideia de diferentes modelos de morte, de acordo com as atitudes sociais frente a este evento, em momentos históricos distintos. Este autor distingue os modelos de morte “tradicional” do “moderno”. O “tradicional” foi característico dos séculos anteriores ao XIX, quando a morte era ritualizada, comunitária e, portanto, socialmente compartilhada e aceita. Já no modelo de morte “moderna”, típico do século XX, em especial, de sua segunda metade, os cuidados aos doentes tornaram-se institucionalizados e rotinizados, pela instituição e pelo saber biomédico. Segundo Norbert Elias (2001), a morte ocorre apesar de todos os investimentos médicos de combate ao término da vida - em um processo de ocultamento e de exclusão social de quem vivencia o processo do morrer.

O modelo de morte “moderna” está vinculado ao longo do processo histórico que resultou na centralidade da instituição médica - o hospital - no que concerne à assistência



à saúde, à doença e à morte, na sociedade ocidental moderna. Foucault (2014) demonstra com o hospital passou a se configurar como instituição terapêutica, deslocando os cuidados dos doentes, dos religiosos para os médicos. No final do século XVIII, a construção da racionalidade anatomoclínica - que inaugura a medicina ocidental moderna - e a introdução de mecanismos disciplinares foram responsáveis pela estruturação de um saber, com suas propostas de intervenção curativa, que conduziram à organização do hospital da maneira como é conhecido nos séculos XX e, ainda, no XXI. A consolidação da instituição hospitalar - medicamente administrada e controlada - iniciou um processo de 'medicalização<sup>7</sup> do social' .

Ao longo do século XX, a medicina desenvolveu-se como uma prática padronizada e tecnologizada. Novas técnicas e tecnologias médicas, como as de reanimação, alimentação e respiração artificiais, transplantes de órgãos, entre outras, viabilizaram um prolongamento do tempo de vida. Esta medicina tecnologizada tem sua expressão máxima no Centro ou Unidade de Tratamento Intensivo. Este setor hospitalar é organizado e equipado com o objetivo de concentrar os doentes mais graves, o equipamento técnico mais sofisticado e a equipe com conhecimento e experiência específica para manipular tais doentes e aparelhos tecnológicos (MENEZES, 2006, p. 30).

Com o emprego de tecnologia médica para a manutenção da vida, especialmente com o advento do respirador artificial, a morte deixa de ser um fato pontual, transformando-se em um processo prolongado, vivido em etapas (HERZLICH, 1993). O uso de tecnologias dirigidas à manutenção da vida transforma o processo de morrer e o próprio conceito de morte, que torna-se mais complexo. O término da vida passa a ser configurado como alvo da ação e da eficácia técnica da medicina - tal processo deve ser monitorizado e controlado, para que possa ser evitado, ao máximo. Na medida em que os cuidados são rotinizados, a assistência caracteriza-se por ser impessoal, mecânica e asséptica. É neste sentido que orientam-se as críticas ao modelo de morte "moderna" , por ser considerado um processo de desumanização, assujeitamento ou objetificação do doente (MENEZES, 2004, p. 32).

Na década de 1970, com o crescimento de uma população com doenças crônicas

---

<sup>7</sup>Medicalização é o processo pelo qual fenômenos 'não-médicos' são definidos e tratados sob a esfera da medicina (CONRAD, 2007, p. 4).



degenerativas, movimentos sociais com caráter antimédico criticam a “perda de autonomia” dos pacientes em decorrência dos excessos do poder médico no hospital, com práticas racionalizadas que objetivam a sobrevivência do doente, ainda que às custas de seu sofrimento. Os temas da saúde e do direito a não sofrer passam a integrar o conjunto dos direitos humanos. Nos Estados Unidos, a partir de movimentos sociais que postulam o direito de autonomia do doente, e da filosofia *hospice*<sup>8</sup>, criada na Inglaterra por Cicely Saunders, as reivindicações pelo direito a “morrer bem”, com “dignidade”, se baseiam na preservação da autonomia do doente, no controle dos sintomas e no respeito aos desejos individuais. Com a adesão da classe médica ao movimento norteamericano inicial, que era liderado por enfermeiras e doentes, os Cuidados Paliativos configuram-se como um campo inovador de saber, com novos conhecimentos e competências técnicas, capazes de fornecer legitimidade social à futura especialidade.

A proposta dos Cuidados Paliativos consiste em um modo de prática assistencial inovadora em relação à morte, com atendimento integral aos enfermos cuja doença não mais responde aos tratamentos curativos. A estes pacientes, categorizados como “fora de possibilidades terapêuticas de cura”, cabem intervenções paliativistas, a fim de produzir uma “boa morte”, com “dignidade” e “qualidade de vida”. Assim, as intervenções profissionais não mais seriam direcionadas à manutenção e prolongamento da vida a todo custo. A atenção é então direcionada à “totalidade bio-psico-social-espiritual” do doente e de seus familiares. Este objetivo tem como referência o conceito de “dor total”, cunhado por Cicely Saunders (CLARK e SEYMOUR, 1999), musa dos Cuidados Paliativos, assistente social, enfermeira e médica inglesa. A dor total é definida como um tipo complexo de dor, que abrange os quatro aspectos da “totalidade” individual, que deve receber assistência de equipe paliativista multiprofissional, para conduzir à produção de uma “boa morte”. Portanto, para que o suporte ao doente seja pleno, com “qualidade de vida” Até o final da vida, a equipe deve orientar-se por determinados valores, como “autonomia” e “independência”, entre outros. O ideário paliativista entende que uma “boa morte” somente é possível por meio de uma expressão dos desejos do doente - condição que exige uma “comunicação franca” entre todos os atores sociais envolvidos

<sup>8</sup>St. Christopher Hospice, fundado em 1967 em Londres, foi o primeiro hospice inaugurado e reconhecido como instituição de assistência, ensino e pesquisa no cuidado de “pacientes terminais” e seus familiares.



no processo do morrer. Este aspecto configura um contraponto central com relação ao modelo curativo da “morte moderna” , uma vez que o foco é deslocado: da doença para a pessoa do doente, em associação com a proposta de um tratamento e uma assistência “humanizados” , em busca de uma “morte digna” .

De acordo com o modelo dos Cuidados Paliativos, a produção efetiva de uma “boa morte” depende da aceitação social do processo do morrer. A teoria de Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, tornou-se referência mundial na assistência a doentes terminais, ao formular o modelo de cinco etapas vividas pelo enfermo, segundo padrões de respostas emocionais adaptativas, frente à notícia da proximidade da morte, comunicada pela equipe médica. Estas etapas - negação, raiva, negociação, depressão e, por fim, aceitação da morte - representam uma inovação na abordagem ao tema. Ao objetivar um processo de aceitação, esta teoria promove uma modificação nas representações do morrer como um fenômeno da vida humana que deve ser vivido e elaborado, passível de receber intervenções de profissionais capacitados com conhecimentos específicos (MENEZES, 2004, p. 59).

Estudiosos das ciências sociais (CLARK, SEYMOUR, 1999; CASTRA, 2013; WALTER, 2006; MENEZES, 2004; ALONSO, 2013, entre outros) dedicadas ao tema da morte postulam a existência de um novo modelo de morte, surgido com a proposta dos Cuidados Paliativos e com a filosofia hospice: o modelo de “morte contemporânea” . Neste modelo, certos valores são preeminentes, como a “autonomia” individual do doente, a partir de uma comunicação franca e aberta sobre as possibilidades terapêuticas, passíveis de conduzir a um fim de vida com “dignidade” , escolhida e produzida ao “próprio jeito” , uma vez que a vida de uma pessoa é única e singular. No entanto, pesquisas (WALTER, 2006; MENEZES, 2004; ALONSO, 2013) questionam se esta assistência “humanizada” seria responsável pela promoção de novas normas. Menezes (2004) aponta que a proposta de “qualidade de vida” até a última etapa da vida objetiva propiciar uma “oportunidade” de um último trabalho sobre si e sobre a própria identidade pessoal, a partir da expressão e do compartilhamento social de sentimentos e desejos. Assim, embora este processo se baseie nas vontades do enfermo, também está associado às ideias de normatização e de estetização do fim da vida. Portanto, a cena da morte deve ser calma, harmoniosa, pacífica e, sobretudo, bela.



A proposta de produção de uma “boa morte” de acordo com o ideário dos Cuidados Paliativos recomenda um cuidado personalizado e integral sobre o sofrimento, a fim de facilitar a aceitação do término da vida. Contudo, a “humanização” dos cuidados no processo do morrer não significa necessariamente uma “desmedicalização”, mas a afirmação da legitimidade de uma nova especialização profissional, dotada de habilidades técnicas e discursos específicos. Segundo Alonso (2013, p. 2545), esta tecnologia médica de um cuidado mais “humanizado”, por mais que seja limitada em relação ao modelo de “morte moderna”, representa uma expansão da esfera do controle médico, por passar a englobar aspectos psicológicos, sociais e espirituais - áreas genericamente tidas como concernentes à intimidade individual. Para propiciar uma “morte digna”, mediante um processo único e singular daquela pessoa, é preciso construir um conhecimento íntimo sobre ela, objetivando detectar possíveis problemas e/ou vulnerabilidades em sua experiência ou de seus familiares, para os quais serão orientadas as intervenções dos paliativistas envolvidos no acompanhamento do processo do morrer.

Para Kellehear (2016, p. 393), o modelo de “boa morte” também pode produzir uma “morte indigna”. Segundo Kellehear (2016, p. 401) a ideia de “morte indigna” está associada à noção de “estigma” de Erving Goffman, em que uma pessoa estigmatizada é excluída da aceitação social plena introjetando a vergonha oriunda da característica estigmatizada. Assim, a ‘morte indigna’ tem as seguintes características: erosão da consciência do morrer (os sintomas da morte não são reconhecidos como tal, mas como condições relacionadas ao envelhecimento ou à doença), erosão do apoio ao morrer (devido à falta de reconhecimento da identidade de pessoa morrendo há escassez de apoio no processo de morrer) e estigma, uma vez que os indivíduos não são vistos como pessoas morrentes, mas socialmente estigmatizadas devido à falta de autonomia (KELLEHEAR, 2016, p. 385)., na medida em que é desenvolvida uma relação de dependência do doente com os serviços especializados de profissionais de saúde. A perspectiva da perda de identidade com o falecimento é complexa. De certo modo, trata-se de um estado liminar (VAN GENNEP, 2011): o doente terminal não possui mais o status social de indivíduo saudável e autônomo, passa a ser um “morredor” - não mais entre os vivos e saudáveis, não mais um doente como tantos outros - e ainda não é morto, mas está em vias de se tornar um morto. Para Higgins (2003, p.139), a produção desta nova



identidade pela assistência paliativa é de extrema violência.

É neste sentido que a produção das ciências sociais que investiga o modelo de “morte contemporânea” apresenta dois debates críticos: a rotinização e a crescente medicalização das unidades paliativas (CLARK e SEYMOUR, 1999, p. 104; MENEZES, 2004, p. 66). Assim, de acordo com Alonso (2013, p. 2547), a ampliação das esferas de atuação profissional pode dar lugar a intervenções normativas em torno da experiência do morrer. A biomedicina e os saberes ‘psi’ , por possuírem *status* de autoridades científicas nas sociedades contemporâneas ocidentais, acabariam por normatizar esse evento, uma vez que suas normas e práticas transformam subjetividades e demandas individuais de determinado contexto social, histórico e cultural.

A normatização de um evento, mediante sua apropriação por saberes técnicos especializados categoriza, nos termos de Rose (1988, p. 35), um “governo” em que, por meio de uma ação calculada sobre os indivíduos, busca realizar fatos sociais e políticos. No caso dos fenômenos da vida humana, como a morte e o morrer, são os saberes ‘psi’ que fornecem os conceitos a partir dos quais a subjetividade e a intersubjetividade podem ser calculáveis e, portanto, governáveis. Assim, os indivíduos se configuram como objetos de intervenções externas e, ao mesmo tempo, sujeitos de uma ação sobre si próprios, em nome de suas capacidades subjetivas. Em outros termos, as expertises da subjetividade<sup>9</sup> fornecem a ilusão de que é possível permanecer livre, para agir conforme a própria escolha e desejo. O mito da autonomia é, assim, amplamente difundido socialmente.

É nesta direção que as propostas e construção de uma “boa morte” estão orientadas. O estímulo ao compartilhamento de emoções no período final da vida objetiva a produção de uma “morte íntima” , conforme denominação criada por Hennezel (2004), principal defensora e difusora dos Cuidados Paliativos na França. Contudo, cabe questionar qual intimidade é possível, e quais transformações sociais são produzidas por esta especialização profissional recente, em torno de uma “boa morte” . A partir da elabora-

---

<sup>9</sup>Segundo Rose (2011), “[p]or expertise entende-se a capacidade que a Psicologia tem de gerar um corpo de pessoas treinadas e credenciadas alegando possuir competências especiais na administração de pessoas e de relações interpessoais, e um corpo de técnicas e procedimentos pretendendo tornar possível a gerência racional e humana de recursos humanos, na força militar e na vida social de forma geral” (p. 24).



ção prescritiva sobre a totalidade do doente, expressões de sentimento que afastam-se e/ou fogem de um roteiro pré-determinado pelo ideário paliativista, seja por intensidade ou duração, seriam passíveis de intervenções profissionais, a fim de adequá-las a um ambiente pacífico e controlado dos Cuidados Paliativos. Tornar público o que era privado permitiria o governo, nos termos de Rose (1988), sobre a experiência do morrer e do luto.

O modo como a morte é conduzida socialmente - como evento que deve ser evitado e afastado, ou aceito e compartilhado - tem consequências sobre a forma como o luto poderá ocorrer. Em um contexto em que a morte é entendida como etapa natural da vida, seu entorno ideal, segundo os paliativistas, deve ser calmo e tranquilo. A busca da produção de uma morte controlada, em uma cena ordenada, harmoniosa e pacífica, denota um processo de normatização do luto. O sofrimento decorrente da perda, quando não evitado, deve ser vivenciado de forma tranquila e comedida, para não interferir na configuração do ambiente produzido pelos paliativistas.

A elaboração de conhecimento acerca da subjetividade gera uma expectativa sobre as condutas humanas. É neste recorte que analisamos a experiência do luto. A *expertise* 'psi' fornece conhecimentos, a partir da observação da vivência social do luto em um contexto histórico-cultural, que instaura uma norma, uma forma como o luto deve ser vivido. Com a construção deste conceito são elaboradas categorias associadas à experiência normal e patológica do luto, conforme formulação no DSM-V.

A construção de saberes sobre o luto, pela delimitação de uma vivência esperada e de outra passível de intervenção, por ser considerada como ameaça à vida, gera regras que seriam interiorizadas pelos indivíduos inseridos naquele contexto. A construção destes saberes propicia o surgimento de uma nova categoria de sintomatologia e, portanto, de novas necessidades cultivadas. É neste sentido que propostas são elaboradas para cuidar do luto preventivamente, de maneira que ele não evolua para uma experiência patológica. Na medida em que saberes, práticas institucionais e profissionais são reconfigurados, com oferta de modelos para elaboração de perdas, com a possibilidade de intervenção de "*experts* da conduta humana", novas subjetividades e sensibilidades - e insensibilidades - são produzidas socialmente.



## 2. Metodologia

A pesquisa em que se baseia este artigo teve como objetivo analisar as construções e especificidades presentes na forma como o luto é entendido nas sociedades ocidentais contemporâneas. Para tanto, analisamos os discursos produzidos acerca deste tema por profissionais de saúde, em manuais e livros-texto. Os manuais configuram um campo de análise privilegiado, uma vez que, de acordo com Schiavinatto e Pataca (2016), é um material que apresenta os conceitos elaborados em determinado período e cultura, além de indicar forte associação entre teoria e prática. Assim, os manuais representam a associação entre produção e conhecimento, e sua difusão.

O material analisado, em sua maioria, possui função didática. É destinado ao público profissional (médicos, psiquiatras e psicólogos, principalmente) ou, ainda, aos familiares enlutados, com o objetivo de orientá-los sobre o processo de luto, sugerindo possíveis intervenções formais ou informais. Na medida em que os manuais apresentam uma síntese teórica e a prática a ela associada, eles se configuraram como referência norteadora da expertise que, por sua vez, reflete noções do público leigo em geral.

Esta pesquisa, com metodologia de análise documental, objetiva examinar as diversas fontes selecionadas, a fim de apreender um possível 'fio condutor' que explicita características do luto na contemporaneidade. Para os fins desta investigação, esta metodologia foi avaliada como mais vantajosa, em comparação com outros métodos, devido à possibilidade de levantamento e análise de grande volume de documentos e informações em um breve período de tempo (VÍCTORA, KNAUTH e HANSEN, 2000, p. 72). Segundo Kamler e Thomson (2015, p. 46), é importante o exame de um montante de informação, pois a literatura não é monolítica, mas plural. Portanto, é possível extrair das referências bibliográficas, diferentes categorias que embasam o campo de estudo. É diante do exame deste material plural que o pesquisador pode assumir uma postura avaliativa, frente à construção científica diversificada acerca do tema.

O uso metodológico da análise documental é frequentemente justificado nas Ciências Sociais por ampliar a análise de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Permite ainda analisar a dimensão temporal, a partir da compreensão do social, ao possibilitar a observação do processo de maturação ou de



transformação de indivíduos, grupos, conceitos, comportamentos, práticas, entre outras categorias (SÁ-SILVA, 2009).

O acesso aos manuais e livros-texto ocorreu por meio de pesquisa na bibliografia recomendada em *sites*, internacionais e nacionais, de instituições que são referências em Cuidados Paliativos, além de indicações de profissionais da área, e a partir de conteúdo abordado em cursos de especialização em terapia do luto. Dentre as fontes bibliográficas destinadas aos profissionais de saúde, foram considerados os documentos produzidos a partir do final do século XX, momento em que se inicia a produção de conteúdos prescritivo acerca da morte e luto, sob a perspectiva dos Cuidados Paliativos. O levantamento bibliográfico foi composto por textos produzidos por profissionais militantes da proposta dos Cuidados Paliativos, com o intuito de difundir a *expertise* e por textos da área das Ciências Sociais, que possibilitam um diálogo entre o objeto observado e o tema da pesquisa.

### 3. Dados dos manuais

Para esta pesquisa foram selecionados onze manuais e livros-texto nacionais e internacionais. Inicialmente a busca por material didático sobre o luto orientou-se em torno dos manuais de Cuidados Paliativos, devido à legitimidade desta especialização, que abriu espaço para a estruturação de um saber específico sobre o luto na sociedade ocidental contemporânea. Os manuais específicos sobre o luto são documentos mais recentes e menos numerosos, o que indica a conseqüente legitimação de uma nova *expertise* e nova categoria profissional.

A partir da análise do conteúdo foi possível apreender as definições dos lutos - “normais” ou “patológicos” -, os modelos teóricos, os fatores de risco e as intervenções profissionais voltadas para este evento. Em um plano geral, os manuais não diferem significativamente quanto ao conteúdo teórico e orientações práticas. É consenso entre os autores que o luto é um fenômeno natural, vivenciado em decorrência da morte de uma pessoa querida, que sofre influências culturais. Frente à desestabilização do vínculo ocasionada pela morte, os manuais apresentam o processo de luto como um trabalho de adaptação a uma nova realidade, sem a presença da pessoa amada. Apesar de alguns manuais analisados estipularem uma média de tempo tida como normal para elaboração



da nova realidade, entende-se que o período de tempo necessário para ressignificar o vínculo sofre influência de algumas variáveis individuais, relacionais (entre o enlutado e o falecido) e circunstanciais (referentes ao evento da morte).

Ao considerar o luto como fenômeno natural e cultural, as teorias indicam que seus sinais e 'sintomas' são normais nesse momento. Por englobar angústia emocional, processos cognitivos, respostas físicas, aspectos comportamentais e até mudanças fisiológicas, considera-se que o luto e a depressão se encontram em um *continuum* biológico (KISSANE, 2005, p. 1138). Portanto, as teorias do luto orientam acerca das reações usuais para que este evento não seja medicalizado desnecessariamente, por ser diagnosticado de forma errônea. No entanto, os manuais analisados abordam o tema concernente a uma possível complicação do luto, com o objetivo de preveni-lo no momento do luto antecipatório, ou definindo os tipos de luto complicado e seus possíveis fatores de risco. A frequência deste tema indica uma preocupação profissional e, portanto, social e possivelmente individual, sobre a vivência do luto.

Prigerson, Vanderwerker e Maciejewski (2011, p. 168) consideram que a maioria dos enlutados vivencia uma experiência 'normal' de luto, em que, por mais doloroso e disruptivo, a sensação inicial de descrença é superada e, gradualmente, há um processo de aceitação da perda como uma realidade. Deste modo, a experiência do 'luto normal' é caracterizada pelo ajuste à perda de forma mais ou menos adaptativa, na medida em que são retomadas as funções e atividades diárias. Contudo, sob algumas circunstâncias, o luto pode ser angustiante e debilitante - caso em que configuraria um 'luto complicado' (PRIGERSON, VANDERWERKER e MACIEJEWSKI, 2011, p. 165). Portanto, a ideia de um luto complicado está associada à noção de disfuncionalidade, devido à incapacidade de adaptação à perda e de conduzir o luto a uma conclusão satisfatória (DAVIES e ORLOFF, 2005, p. 833). Assim, entende-se que a barreira entre uma disfuncionalidade 'normal' e uma 'anormal' está vinculada às noções de duração e intensidade dos sintomas - ainda que esta definição pouco objetiva não possibilite um consenso sobre um corte que delimite quando o luto 'normal' pode começar a ser considerado 'anormal'.

Apesar da dificuldade de mensurar e delimitar uma fronteira entre luto 'normal' e 'complicado', a atenção dada ao tema pelos manuais reflete a preocupação social e



profissional com o evento do luto, de modo a evitar ao máximo que o sofrimento causado pela morte de alguém ou sua iminência não seja intenso nem duradouro, a ponto de causar disfuncionalidade. Assim, a fim de prevenir uma complicação do luto, torna-se crucial uma atenção profissional sobre o período de 'luto antecipatório' - conceito introduzido por Erich Lindemann em 1944, em referência às reações de luto associadas a uma perda que ainda não ocorreu ou ao luto vinculado a uma morte iminente (CORR, 2002, p. 217). Kissane (2005, p. 1139) chama atenção para as mudanças que a doença e o tratamento provocam, que podem ser consideradas como perdas secundárias, com demandas de um processo de ressignificação dos vínculos do doente, e de um processo de aceitação de um conjunto de perdas, até a perda definitiva provocada pela morte.

A noção de que o luto é considerado 'anormal' a partir de certa duração e intensidade reflete-se nas definições de tipos de luto complicado e nas orientações sobre os diagnósticos e as futuras prescrições. Baseando-se nessas categorias, os manuais indicam três tipos de luto complicado: o luto inibido ou adiado, o luto crônico ou prolongado, e o luto traumático ou inesperado.

O luto adiado é caracterizado pela persistência do estado de negação - considerado como mecanismo de defesa frequente entre os enlutados, nos primeiros momentos após a morte. Essa evitação do contato com as emoções pode ser uma reação automática ou um esforço consciente. Contudo, pesquisas recentes criticam a caracterização do luto considerado adiado como uma reação patológica. Não necessariamente tal condição refletiria uma evitação disfuncional, mas ao contrário, tal resposta pode ser decorrente de um ajustamento rápido de uma pessoa resiliente<sup>10</sup> (DOLL, 2013, p. 1874).

O luto crônico é a modalidade de luto complicado mais abordada pelos manuais, e o único a ser considerado como transtorno, na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-V), sob a denominação de Luto Complexo Persistente, caracterizado pelas reações de luto e pesar persistentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 290). De modo amplo, o luto crônico é definido pela condição de expressões emocionais intensas referentes à perda (MALKINSON e WITZ-

<sup>10</sup>Para a Psicologia, resiliência pode ser entendida como um "constructo associado às características pessoais que permitem a um indivíduo adaptar-se e superar situações adversas" (SOLANO, 2014, p. 171), podendo tanto ser uma capacidade inata quanto uma característica que pode ser aprimorada ao longo da vida por fatores ambientais.



TUM, 2002, p. 220). Nyatanga (2005, p. 108) considera que as reações do luto crônico correspondem às emoções normais do luto, porém vivenciadas com a mesma intensidade dos momentos iniciais, sem redução com a passagem do tempo. Entende-se que esta condição está associada a relacionamentos superdependentes, em que o enlutado evita o sentimento de abandono por meio da perpetuação do relacionamento vivenciado por meio do luto (MALKINSON e WITZTUM, 2002, p. 220; KISSANE, 2005, p. 140).

Considera-se que o luto traumático pode ser desencadeado a partir de uma morte repentina, inesperada ou, de alguma forma, chocante. Segundo Malkinson e Witztum (2002, p. 220), o processo de luto se iniciaria de forma complicada, pois, devido à imprevisibilidade da morte nestes casos, o enlutado tem especial dificuldade de aceitar sua realidade. A imprevisibilidade ou o contexto chocante da morte podem provocar reações de luto semelhantes às respostas características do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)<sup>11</sup>, motivo pelo qual alguns manuais desconsideram esta categoria de luto complicado, englobando-o ao diagnóstico do transtorno.

A partir do que é definido como luto complicado, é construída a ideia de que o luto deve ser um processo de ruptura ou uma ressignificação dos vínculos rumo à aceitação da perda, estabelecendo uma expectativa de que o sofrimento deve ser superado. Além da superação, um bom trabalho de luto deve contar com uma busca existencial de significado, viabilizando uma percepção do enlutado de vivência de crescimento pessoal. Deste modo, considera-se que o sofrimento deve ser autolimitado e funcional, uma vez que o foco no potencial de crescimento não objetiva minimizar a dor do luto, mas canalizar esta dor e raiva, para gerar esforços para contribuir para sua recuperação (DAVIES e

<sup>11</sup>Segundo o DSM-V (2014) o Transtorno de Estresse Pós-Traumático é um transtorno que especifica a “exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual” (p. 271). Admite que tal exposição é considerada válida na vivência direta, no testemunho pessoal, no conhecimento do evento traumático com familiar ou amigo próximo ou ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos. O texto faz ressalva de que, no caso de evento concreto ou ameaça de morte a terceiros é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental. Entre os sintomas o manual destaca: lembranças intrusivas, angustiantes, recorrentes e involuntárias; sonhos angustiantes e recorrentes de conteúdo e/ou sentimento relacionado; reações dissociativas como se o evento estivesse ocorrendo novamente; sofrimento psicológico intenso ou prolongado; reações fisiológicas intensas ou prolongadas; evitação persistente a estímulos associados ao evento traumático; alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático e alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento. As perturbações presentes devem persistir por mais de um mês e causar sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 271-272).



ORLOFF, 2005, p. 834). Esta expectativa por uma finalidade positiva do processo de luto gera uma ideia normativa do luto normal, ao produzir uma expectativa sobre as condutas humanas.

O luto complicado, por sua vez, é entendido como qualquer situação que se desvie dessa norma. É com a finalidade de garantir que o luto seja vantajoso para o crescimento pessoal, ou ao menos que não seja prejudicial, que pesquisadores e profissionais da área buscam delimitar fatores de risco que possam interferir negativamente no processo.

As possibilidades circunstanciais evidenciadas nos manuais como fatores de risco configuram uma longa lista. Determinados fatores prescreveriam ou ao menos aumentariam as chances de complicação do luto. O luto complicado, por sua vez, é um problema de saúde pública, tanto para familiares quanto para profissionais, devido à carga de sofrimento, por vezes sem possibilidade de elaboração, podendo acarretar doenças psíquicas e/ou físicas. Assim, de acordo com o foco específico de cada manual e capítulo, os autores abordam características pré-morte que ameaçam o percurso normal do luto, para que seja implementada uma intervenção preventiva, ainda no luto antecipatório. Quando a prevenção não é possível ou foi insuficiente, caberia uma ação reparadora sobre os aspectos negativos que interferem no processo, a fim de facilitar o reequilíbrio, evitando maiores prejuízos.

Segundo Nyatanga (2005, p. 104), as crises emocionais relacionadas ao luto não surgem sem um fator de vulnerabilidade pré-existente à morbidade. Portanto, seria possível identificar contextos potencialmente prejudiciais e, portanto, propor intervenções preventivas para pacientes e familiares considerados vulneráveis. A gama de condições que potencialmente vulnerabilizariam o enlutado é extensa, e frequentemente são apresentados nos manuais sem um embasamento que justifique o prognóstico. Pesquisas recentes, desenvolvidas a partir de 2001, organizam os fatores de risco em cinco grupos: fatores relacionados à vida afetiva na infância; fatores associados a antecedentes pré-mórbidos do enlutado; fatores referentes ao tipo e contexto da morte, aspectos pessoais do enlutado e fatores concernentes à relação do enlutado com o falecido.

Detectar fatores de risco nas vivências do luto é importante para indicar o tipo de intervenção profissional mais adequado para cada caso. Especialistas em luto pro-



põem intervenções que servem de guia aos profissionais de saúde para uma prática mais eficaz. Em geral, essas propostas se baseiam na teoria de William Worden. Ao entender que, no trabalho de luto, o enlutado deve assumir uma posição ativa objetivando a superação, Worden considera importante demarcar dois tipos de intervenção: o aconselhamento e a terapia do luto. Segundo o autor, o aconselhamento do luto teria a função de facilitar o 'luto normal' em pessoas com capacidade de autogerir o processo e, por esta razão, teria uma duração mais breve. A terapia do luto, por sua vez, é composta por técnicas especializadas, para intervir no luto complicado. Sua duração é mais longa e variável, de acordo com as condições psicossociais do enlutado (NYATANGA, 2005, p. 112).

As intervenções terapêuticas podem ser divididas em três níveis: primário, secundário e terciário (NYATANGA, 2005, p. 110; DOLL, 2013, p. 1881; ALVES, 2014, p. 350). A intervenção primária consiste na ajuda profissional, que deve estar disponível a todos os enlutados, independente da indicação por avaliação de risco, o que pode ser suficiente para as pessoas que vivenciam um processo normal do luto. As intervenções secundárias se destinam às pessoas identificadas como grupo de risco, como trabalhos voluntários de apoio ao luto, como os grupos de autoajuda. O terceiro nível é composto por intervenções especializadas, desenhadas para o grupo minoritário dos casos de luto complicado - entre 10% e 20% dos enlutados (ALVES, 2014, p. 349) -, como intervenções dos serviços de saúde mental, de apoio psicológico, de aconselhamento ou psicoterapia especializada, de especialistas em Cuidados Paliativos e serviços gerais de luto.

As terapias do luto sofreram mudanças, conforme o desenvolvimento do campo, tanto no âmbito teórico como prático. O luto já foi definido como um processo com tempo limitado, chegando à conclusão com a retomada da vida considerada 'normal'. Sob esta perspectiva, a terapia do luto era proposta como uma ferramenta para facilitar a restauração da vida prévia ao evento da morte, ou, em outros termos, da vida considerada 'normal'. Pesquisas mais recentes entendem o luto como um processo mais complexo. A começar pelo fato de o luto por vezes ser considerado como um processo inconclusivo, pois ao invés de alcançar a retomada de um estado prévio, seu objetivo buscaria um reequilíbrio do que foi abalado pela perda. É considerada inviável a retomada de um estado prévio, pois a vida nunca mais será a mesma sem a presença de quem faleceu.



Deste modo, as terapias de luto são conduzidas de múltiplas formas, e o processo é direcionado a uma construção de significado e atenção à vida emocional e interpessoal do enlutado. A terapia de luto é então caracterizada por um processo de aceitação de uma nova realidade, em constante mudança, e da resignificação do falecido (MALKINSON, 2002, p. 223).

Os manuais evidenciam diferentes enfoques teóricos que delineiam algumas intervenções terapêuticas para o evento do luto. Segundo Kissane (2005, p. 1142), o modelo básico seria uma intervenção focada no suporte e na expressão, em que o enlutado é convidado a compartilhar com o profissional de saúde os sentimentos referentes à perda. Por sua vez, o profissional deve escutar com atenção empática, para perceber e acolher a angústia. A proposta é que, por meio do compartilhamento do sofrimento e da escuta, o enlutado mude a avaliação cognitiva da nova realidade, que foi alterada para sempre.

A partir desse modelo, que é base de qualquer intervenção terapêutica com enlutados, destacam-se duas habilidades profissionais: a comunicação clara e franca, e a empatia (MALKINSIN, 2002, p. 223; DAVIES e ORLOFF, 2005, p. 835; NYATANGA, 2005, p. 103; GENEZINI, 2009, p. 325 BURLÁ e AZEVEDO, 2013, p. 1730; SANTOS, 2014, p. 368). Não raro os manuais afirmam a importância, para os profissionais, de habilidades subjetivas, para além das habilidades técnicas. Davies e Orloff (2005, p. 835) destacam determinadas capacidades, como: alta tolerância à ambiguidade, flexibilidade e apreciação das diferenças individuais, boa rede de apoio externa e consciência realista de seus limites pessoais, alegria de viver, bom humor, empatia, desejo de continuar aprendendo e comodidade com a morte.

As construções teóricas dos manuais orientam para o compartilhamento de emoções dos enlutados com os profissionais de saúde, para prevenir uma complicação ou agravamento de um luto considerado complicado. Diferentes propostas de prevenção ou tratamento são delineadas, conforme as linhas teóricas e o tipo de luto. De todo modo, é sobre a intimidade do indivíduo que os saberes 'psi' dedicam-se e intervêm.



#### 4. Análise dos dados

De acordo com os manuais e literaturas atuais sobre o tema, o luto é considerado um fenômeno universal que sofre alterações culturais, tanto em seu referencial teórico quanto nas práticas a ele referidas. É neste sentido que esta pesquisa teve como objetivo analisar este fenômeno, enquanto constructo que reflete noções e valores característicos da ideologia ocidental moderna. Portanto, faz-se necessário evidenciar tais aspectos, a fim de possibilitar uma apreensão do luto na contemporaneidade, sob a ótica do estranhamento, desnaturalizando a suposta universalidade do fenômeno.

A ideia da necessidade de acompanhamento profissional por meio do compartilhamento da experiência pelo enlutado para assegurar uma conclusão satisfatória do processo evidencia uma gestão do processo de luto remetida aos valores centrais da sociedade ocidental contemporânea. O processo de secularização no Ocidente está vinculado à constituição da interioridade, elemento central na configuração moderna da pessoa. Segundo Duarte (2006, p. 17), entende-se ‘cosmologia moderna’ como o conjunto de forças ideológicas supostamente articuladas em torno de determinados valores, conceituados como ‘subjativismo’, ‘naturalismo’, ‘hedonismo’ e ‘racionalização corporal’<sup>12</sup>. Estes valores configuram novas ordens institucionais e novos valores internalizados pelos indivíduos.

É sob este viés que o processo de individualização indica uma subjetivação e psicologização dos indivíduos e da sociedade como um todo. A psicologia, enquanto construção de conhecimentos sobre a subjetividade, baseia-se na busca pela colonização do território “íntimo” individual. Uma vez que esta natureza interna é presumida como hostil à disciplina do método científico, ela deve ser neutralizada, fiscalizada e controlada, devido à preocupação epistemológica e metodológica (FIGUEIREDO, 2014, p. 19).

Este conhecimento acerca da subjetividade produzido pelos saberes ‘psi’ configura o que Foucault denomina de “micropoder” (SALEM, 1992, p. 69). Para este autor,

<sup>12</sup>Por ‘subjativismo’ entende-se a preeminência da representação de uma escolha pessoal do sujeito, derivada de uma presumida liberdade individual; o ‘naturalismo’ se refere à nova e radical valoração da “realidade física do mundo apreensível pela razão humana (vista, ela própria, como natural)” (DUARTE, 2005, p. 22). O ‘hedonismo’ diz respeito ao privilégio da satisfação pessoal e à desqualificação da dimensão moral do sofrimento do cristianismo. Com a preeminência da razão, a ‘racionalização corporal’, ou ‘fiscalismo’, torna-se a dimensão autoexplicativa do humano definindo-o enquanto matéria, ao invés de uma alma divina (DUARTE, 1999, p. 25).



os micropoderes são articulados e condensados em torno do “poder disciplinar” . Assim, trata-se de formas de apreensão e de tratamento dos sujeitos que, conseqüentemente, produzem efeitos singularizantes. O poder disciplinar conta com uma eficácia produtiva: seus dispositivos de individualização produzem realidades e sentimentos, ao mesmo tempo em que institui o próprio indivíduo e individualidade. Deste modo, Foucault evidencia que o indivíduo é um dos primeiros efeitos do poder. A partir de sua “fabricação” , o sujeito tem a “obrigação” à subjetivação.

Os saberes ‘psi’ , enquanto poderes disciplinares, instituem o sujeito, ao mesmo tempo em que os sujeitam, em um processo nomeado por Salem (1992, p. 71) como “desposseção subjetiva” . Este processo é marcado por uma dissociação entre o indivíduo e a “posse” de si, pois ao pressupor a necessidade da presença de um “outro” , na busca obsessiva pela “verdade interna” , o sujeito é convertido em objeto de investigação do especialista ‘psi’ que, supostamente, sabe mais de sua “verdade” do que o próprio sujeito e, portanto, é entendido como necessário, na intenção de aprimoramento de si.

A crença generalizada na ciência e na razão viabiliza um processo de psicologização e psiquiatrização da sociedade ocidental contemporânea. Segundo Vidal (2006, p. 65), uma das conseqüências deste processo é a estipulação destes saberes como mecanismo de definição de normas e de controle do funcionamento humano. Ao mesmo tempo em que os saberes ‘psi’ promoveriam o avançar da humanidade no sentido da perfectibilidade (DUARTE, 1999), eles também apoiam a formação de autoridades, uma vez que resultariam de um suposto conhecimento da natureza humana. Deste modo, a psicologia e a psiquiatria se definem como dispositivos no “governo dos homens” , no sentido foucaultiano.

Os saberes ‘psi’ se configuram como produção cultural difusora de um ideário e produtora de sensibilidades em torno da concepção bio-psico-social dos indivíduos. A partir do momento em que tais ciências produzem verdades e novas subjetividades acerca do fenômeno do luto, pode-se considerar que estas especializações atuam como um dispositivo da morte, à semelhança do dispositivo foucaultiano da sexualidade. Segundo Carrara (2015), o dispositivo da sexualidade se desloca do plano da moralidade, deixando de ser visto como uma força fisiológica incoercível - o instinto reprodutivo - para



se tornar uma tecnologia de si, em que os indivíduos podem e devem saber manejar a fim de se tornarem felizes e realizados. Deste modo, esse deslocamento representa uma mudança no plano da racionalidade. Neste sentido, entende-se que os dispositivos criam corpos dóceis e, ao mesmo tempo 'livres' - são corpos regulados por autoridades socialmente legitimadas e autorregulados em suas condutas e emoções.

A partir do momento em que se torna necessário regular as subjetividades configura-se uma nova expertise, encarregada de classificar e medir a psique, predizer e diagnosticar suas alterações e prescrever tratamentos. Tal expertise confere a esses profissionais a autoridade e legitimidade social de compreender e agir sobre os indivíduos - institui-se como uma nova autoridade sobre o 'eu' .

Contudo, estas novas formas de pensar não se restringem às figuras de autoridade, elas afetam os "leigos" em suas crenças pessoais, desejos e aspirações. As formulações dos saberes 'psi' caracterizam o processo de subjetivação das sociedades ocidentais modernas, reconstruindo a ideia que os indivíduos têm de si próprios, e remodelando as técnicas de administração de suas emoções. É neste sentido que as construções dos saberes 'psi' acerca do luto favorecem uma formulação de novas relações com este evento. Ao estabelecer, por exemplo, um tempo normal de luto, fases e comportamentos esperados (ainda que com fins didáticos), cria-se uma expectativa dos próprios indivíduos enlutados, sobre suas reações e sensibilidades. No governo de si durante a vivência do luto, a percepção de um desvio do "padrão" (ou sua possibilidade) pode ser considerada como uma ameaça a si ou à sua adequação social. Cabe, portanto, ao profissional 'psi' restaurar ou facilitar o equilíbrio subjetivo que, de certo modo, foi abalado, a partir da introjeção de suas definições e regras acerca do luto.

A organização deste conhecimento constitui as chamadas "tecnologias humanas" , que organizam os humanos no espaço e no tempo, para alcançar resultados vinculados à noção ampla de produtividade, que ultrapassa o âmbito do trabalho laboral, atingindo o lazer - o sujeito deve consumir cultura (filmes, livros, viagens etc.), associando o hedonismo à noção de produtividade. É neste sentido que os saberes 'psi' produzem conhecimentos sobre o luto, gerando expectativas sobre o sujeito enlutado, que deve almejar o reequilíbrio da subjetividade. Considera-se um reequilíbrio bem sucedido quando a



funcionalidade e a ampla produtividade do indivíduo são reestabelecidos.

A construção científica acerca do luto é formulada com a finalidade de garantir sua elaboração, para aceitar a perda vivida. A psicologização e a psiquiatrização do luto configuram a normatização deste processo, na medida em que os enlutados se tornam objetos de intervenção externa e interna, mediante técnicas de si, em nome de suas capacidades subjetivas. A normatização do processo de luto, a partir de sua apropriação por saberes técnicos especializados, naturaliza e universaliza determinados aspectos tidos como 'normais', enquanto qualquer possível desvio é abordado como potencial fator de risco. Pesquisadores e profissionais 'psi' consideram que o luto 'normal' pode durar um ou dois anos. Contudo, conforme observado nos manuais sobre luto, este período não é respeitado para a identificação de indivíduos em risco de luto complicado. Se o luto representa um risco de provocar um prejuízo maior, ele deve ser identificado e tratado precocemente. Segundo Walter (2006, p. 76), a preocupação em identificar o fator de risco antes que ele provoque consequências adversas reflete uma sociedade caracterizada pela impossibilidade de sofrer e, portanto, obcecada em prever e eliminar o risco, garantindo segurança e, até, felicidade - a "sociedade de risco", conforme conceituação de Beck (1992).

A ideia de risco está presente nos manuais sobre luto em dois sentidos: o luto em si como fator de risco para o surgimento de aspectos prejudiciais, e o destaque de características internas e externas ao sujeito, que se configuram como fatores de risco para o desenvolvimento de um luto complicado. De acordo com Lupton (2013), a categorização de uma pessoa, objeto ou fenômeno como 'risco' não é passível de explicação por análise meramente racional. O risco é um processo permeado por influências socio-culturais e, portanto, é dinâmico e heterogêneo, na medida em que seus entendimentos são constantemente configurados e reconfigurados. Trata-se de um processo complexo e ambivalente, de modo que não deve ser representado somente como nocivo e negativo. Em parte, experienciar emoções intensas e superá-las evidencia uma sensação de autocontrole e de autenticidade da individualidade (LUPTON, 2013, p. 636).

Na medida em que o risco é construído coletivamente, ele é uma potencialidade. Risco é a projeção de ideias no futuro, é imaginar as consequências de uma ação ou



evento. Fenômenos são definidos como risco quando considerados como ameaçadores para um indivíduo ou comunidade. De acordo com Lupton (1997, p. 78), ter conhecimento do risco em determinada situação acarreta tomada de decisões individuais, com a finalidade de proteção. Assim, a categorização como “população de risco” pode significar uma oportunidade de garantir controle sobre a situação, possibilitando uma ação, em face da desordem provocada pela possibilidade de adoecimento. Uma vez que o risco sobre a saúde é identificado, ele deve ser prevenido. A prevenção ocorre por um controle do tempo, na busca por disciplinar o futuro. Na medida em que o risco é apenas uma, entre tantas outras possibilidades, de que as condições atuais se encaminhem para uma condição patológica, as intervenções preventivas visam minar ao máximo tais possibilidades, a fim de garantir um desenrolar sadio, ‘normal’.

É sob esta perspectiva que o luto antecipatório se configura como uma das ideias centrais no atual processo do morrer influenciado pelo ideário paliativista. Enquanto na relação com o paciente os pontos chave da atenção podem ser resumidos no controle da dor total e na manutenção da consciência, preservando ao máximo sua identidade e autonomia, a atenção aos familiares incide, sobretudo, no âmbito emocional que configura o luto antecipatório. A morte de alguém próximo pode ser uma experiência caótica, sendo potencialmente prejudicial para o próprio enlutado e, conseqüentemente, para seu entorno. Apesar das tentativas de singularizar o processo da morte, permanece a necessidade de manter este cenário ordenado e controlado. A atenção ao luto antecipatório com o objetivo de garantir reações controladas e manejáveis é do interesse do sujeito enlutado, que evita e regula sofrimentos excessivos e suas conseqüências, e dos profissionais e instituições de saúde, que mantêm sua rotina sob controle.

Neste sentido, a consciência do risco na sociedade ocidental contemporânea assume a ótica da responsabilidade. A crença social é que, ao se perceber suscetível a uma situação de risco à saúde, a conscientização seria suficiente para motivar modificação do comportamento (LUPTON, 1997, p. 82). Assim, categorizar algum evento como risco é chamar atenção para ele e reconhecer sua importância para a subjetividade e bem-estar. Deste modo, o fenômeno do luto se configura como risco, na medida em que é tido como ameaça à subjetividade e ao bem-estar do indivíduo - e, possivelmente, da coletividade em que ele está inserido.



Segundo Han (2015, p. 23), a sociedade do século XXI não é mais definida como uma “sociedade disciplinar” foucaultina, mas como uma “sociedade do desempenho” . As técnicas de si não têm como principal objetivo o autocontrole dos “sujeitos da obediência” . Na ‘sociedade do desempenho’ , o inconsciente social deseja maximizar a produção e, para tanto, o paradigma da disciplina - de caráter negativo, pautado na coerção - é substituído pelo paradigma do desempenho, pelo esquema positivo do poder.

Esta mudança de perspectiva impõe sobre o indivíduo maior responsabilidade - “os mandatos e as proibições da sociedade disciplinar dão lugar à responsabilidade própria e à iniciativa” (HAN, 2015, p. 27). A ênfase sobre o imperativo do dever é substituída pela ênfase no imperativo do desempenho. O ‘sujeito do desempenho’ está livre da instância externa de domínio, contudo, há maior peso sobre a instância interna - o indivíduo é senhor e soberano de si. A supressão da disciplina não implica em maior liberdade, uma vez que esta se encontra vinculada à coação. É uma liberdade paradoxal, em que o indivíduo se entrega “à livre coerção de maximizar o desempenho” (HAN, 2015, p. 29). Neste contexto social, a depressão é a expressão patológica do fracasso do ‘sujeito do desempenho’ , frente ao excesso de responsabilidade e iniciativa - a depressão é um cansaço de fazer e poder. Portanto, o depressivo é agressor e vítima ao mesmo tempo.

Nesta atual configuração da sociedade ocidental, a noção de doença está associada à impossibilidade de desempenho, ou ao menos ao seu comprometimento. O sofrimento do luto tem um tempo determinado (inclusive com implicações legais, como na licença trabalhista para o luto), em que é socialmente aceito que o sujeito enlutado esteja provisoriamente improdutivo ou com produtividade parcialmente comprometida. A extrapolação deste tempo de improdutividade dá margem à conceituação do luto complicado que, portanto, deve ser tratado por profissionais de saúde e, até, medicado com antidepressivos, em última instância, para viabilizar sua superação e o restabelecimento do ‘sujeito do desempenho’ . Por sua vez, a noção de superação do luto está vinculada à ideia de retomada do autocontrole do indivíduo sobre seu desempenho. A ideia de superação engloba aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos, de modo que indivíduos que continuam falando e relembrando o falecido, para além de um tempo considerado ‘normal’ , podem ser considerados “inconvenientes” , quando não patológicos. Neste sentido, considera-se que o luto foi superado quando o indivíduo alcança um re-



equilíbrio de seu cotidiano, adaptando-se à nova situação - retomando a realização das tarefas diárias e assumindo o posicionamento de “seguir em frente” .

As recentes contribuições científicas da área questionam se o luto ‘adiado’ ou ‘inibido’ deve ser considerado um luto complicado, ou uma capacidade de resiliência do indivíduo. Enquanto o luto ‘adiado’ começa a ser rotulado positivamente, o rótulo negativo do luto crônico é cada vez mais legitimado pelos saberes ‘psi’ ao ser incluído no DSM-V como um transtorno referente ao “luto persistente” . Assim como na depressão, o sofrimento é patologizado, na medida em que o excesso de duração e/ou intensidade compromete a produtividade ‘normal’ esperada do sujeito. Deste modo, diante da perda de uma pessoa querida, o sofrimento inexorável devido ao luto é caracterizado como situação de risco para o enlutado. A partir desta análise crítica não se pretende questionar a legitimidade de um sofrimento patologicamente significativo. Interessa aqui evidenciar que a patologização do luto e a atenção preventiva dirigida ao enlutado consistem em práticas culturais deste contexto social, em que o indivíduo passa a ser responsável pela maximização de seu desempenho produtivo.

## 5. Considerações finais

O luto é um fenômeno frequente e comum à vida que, por causar sofrimento, interferindo no ideal hedonista da cultura ocidental, é preciso garantir sua superação. As pesquisas sobre o tema são destinadas à determinação dos fatores que podem colocar em risco este objetivo. Diversas características são destacadas nos manuais como potenciais fatores de risco. Contudo, o prognóstico permanece subjetivo, uma vez que o risco é uma condição multifacetada. As variáveis, em sua maioria, se referem à intimidade do indivíduo: fatores relacionados à sua vida afetiva na infância, à sua personalidade, à sua relação com o falecido, e ao contexto e processo da morte. A fim de prevenir uma complicação ou agravamento de um luto considerado complicado, o enlutado deve compartilhar suas emoções com profissionais de saúde, que devem oferecer uma escuta empática. Diferentes propostas de prevenção ou tratamento são delineadas, conforme as linhas teóricas que as embasam e ao tipo de luto a que se referem. De todo modo, a intimidade se configura como alvo de intervenções normativas dos saberes ‘psi’ .

O luto se constitui como importante e complexo objeto a ser estudado na socie-

dade ocidental contemporânea. O inevitável sofrimento causado pela morte de alguém próximo é entendido como ameaça ao equilíbrio físico, psicológico, emocional e social do indivíduo. Por um lado, as propostas terapêuticas profissionais e leigas, com os grupos de apoio, promovem um compartilhamento do luto, propondo uma aceitação social do sofrimento. Por outro lado, estas práticas, ao normatizarem o sofrimento, afirmando o imperativo da superação (ou, ao menos, de otimização) não estariam reafirmando o estigma social da morte e do luto? Em outras palavras, a proposta de aceitação social da morte, afinal, não poderia ser entendida como uma espécie de renovação e refinamento da ideia de tabu da morte, na medida em que a gestão da morte se torna visível, mas o sofrimento continua limitado e controlado?

A construção científica sobre o luto reflete em suas características, os principais valores fundantes da sociedade ocidental contemporânea: a autonomia, a singularidade e a busca de prazer. Assim, em uma cultura que tem o indivíduo como seu valor máximo e central, o luto é vivenciado como uma experiência única e singular. Uma vez que o indivíduo se constitui a partir de suas experiências, aproveitando-as em busca do constante aperfeiçoamento de si, o luto é mais uma oportunidade de alcançar sua interioridade, sua verdade e perfectibilidade. Desta forma, a ideia de superação do luto não concerne apenas à noção de prevenção ou tratamento do luto complicado, o indivíduo deve fazer uso do sofrimento causado pela perda, na direção de seu crescimento pessoal.

A fim de garantir uma otimização da experiência do luto faz-se necessário conhecer a intimidade do sujeito. São os saberes 'psi' que fornecem a linguagem dos aspectos modernos característicos do sujeito, ao mesmo tempo em que os constroem. Assim, a experiência de luto se configura como objeto destes saberes, que promovem a ideia de superação. Deste modo, a delimitação e a preocupação de minar possíveis fatores de risco não objetivam somente evitar prejuízos para o indivíduo e seu entorno, mas promover um processo de aprendizagem de si, para a adaptação à nova realidade.

A psicologização e a psiquiatrização do luto configuram a normatização desta experiência, em tese, singular. Na medida em que a intimidade deve ser objeto de escrutínio, para garantir a otimização do sofrimento do luto, as noções promovidas por estes saberes promovem um controle externo (por meio de intervenções 'psi' ) e interno (pelas



técnicas de si). O processo de subjetivação referente ao luto implica uma adequação das normas direcionadas não só à manutenção do equilíbrio (do sujeito e do coletivo) pré-mórbido, como a potencialização do constante desempenho do indivíduo, rumo à perfectibilidade.

O luto é um fenômeno multidimensional, presente nas relações intersubjetivas que conecta pesquisadores, profissionais de saúde, o doente, seus familiares e círculo de sociabilidade. Assim, as raízes do luto contemporâneo não residem apenas no “mundo interno” do indivíduo, as (in)sensibilidades referentes a este processo são negociadas em sua rede social, composta por atores sociais e tecnologias. Esta análise crítica em torno das formulações de luto complicado não tem como finalidade questionar a existência de um exacerbado, e até patológico, sofrimento decorrente da perda e morte. Questiona-se aqui a apropriação do luto, pelos saberes científicos contemporâneos, na intenção de reduzir a inconveniência do sofrimento, substituindo a desordem associada a este sentimento pela ordem, previsibilidade e, até, felicidade.

## Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: EDUSC, 2001.
- ALONSO, J. P. Cuidados Paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2541-2548, 2013.
- ALVES, T. M. Abordagens terapêuticas para o processo de luto e quando indicá-las: conceitos gerais - tratamento. In: SANTOS, F. S. Tratado Brasileiro de perdas e luto. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 349 - 352.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARIÈS, P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. (Coleção Saraiva de Bolso).
- BECK, U. Risk: towards a new modernity. London: Sage, 1992.
- BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L. Palição: cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, E. V., et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1722-1744.
- CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. In: CAMARGO JR., K. R. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 101-135.
- CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 323-345, 2015.



- CASTRA, M. Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs. Paris: PUF, 2013.
- CLARK, D.; SEYMOUR, J. Reflections on Palliative Care. Buckingham: Open University Press, 1999.
- CONRAD, P. Medicalization: context, characteristics and changes. In: CONRAD, P. The Medicalization of society. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007. p. 3-19.
- CORR, C. Grief, anticipatory. In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. Encyclopedia of death and dying. London: Routledge, 2002. p. 217.
- DAVIES, B.; ORLOFF, S. Bereavement issues and staff support. In: DOYLE, D., et al. Oxford textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press, 2005. p. 831-839.
- DOLL, J. Luto e viúves na velhice. In: FREITAS, E. V., et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1866-1884.
- DUARTE, L. F. D. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. p. 21-30.
- DUARTE, L. F. D. Ethos privado e justificação religiosa. Negociações da reprodução na sociedade brasileira. In: HEILBORN, M. L., et al. Sexualidade, família e ethos religioso. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 137-176.
- ELIAS, N. A solidão dos moribundos. In: ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de 'Envelhecer e morrer'. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FIGUEIREDO, L. C. M. Matrizes do pensamento psicológico. Petrópolis: Vozes, 2014.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. São Paulo: Paz&Terra, 2014. p. 171 - 189.
- GENEZINI, D. Assistência ao luto. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 321-330.
- GENEZINI, D. Assistência ao luto. In: CARVALHO, R. T. D.; PARSONS, H. A. ( . ). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. [S.l.]: [s.n.], 2012. p. 569 - 582.
- HAN, B.-C. Sociedade do cansaço. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.
- HENNEZEL, M. D. A morte íntima. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.
- HERZLICH, C. Os encargos da morte. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.
- HIGGINS, R. W. Demandes d'euthanasie et soins palliatifs: l'invention du mourant. Esprit, Paris, janeiro 2003.
- KAMLER, B.; THOMSON, P. Trabalhando com literaturas. In: SOMEKH, B.; LEWIN, C. Teoria e métodos de pesquisa social. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 45-55.
- KELLEHEAR, A. Uma história social do morrer. São Paulo: Editora Unesp, 2016.
- KISSANE, D. W. Bereavement. In: DOYLE, D., et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press, 2005. p. 1137 - 1150.
- LUPTON, D. Taming uncertainty: risk discourse and diagnostic testing. In: LUPTON, D.



The imperative of health: public health and the regulated body. London: Sage Publications, 1997.

LUPTON, D. Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective. *Health, Risk & Society*, v. 15, n. 8, p. 634 - 647, Outubro 2013.

MALKINSON, R. Grief, therapy. In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. *Encyclopedia of death and dying*. London: Routledge, 2002. p. 223-225.

MALKINSON, R.; WITZTUM, E. Grief, complicated. In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. *Encyclopedia of death and dying*. London: Routledge, 2002. p. 219-220.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENEZES, R. A. *Difíceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NYATANGA, B. Adapting to death, dying and bereavement. In: FAULL, C.; CARTER, Y. H.; DANIELS, L. *Handbook of Palliative Care*, second edition. Massachusetts: Blackwell Science, 2005. p. 98-115.

PRIGERSON, H. G.; VANDERWERKER, L. C.; MACIEJEWSKI, P. K. A case for inclusion of prolonged grief disorder en DSM-V. In: STROEBE, M. S., et al. *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association, 2011. p. 165-186.

ROSE, N. *Governando a alma: a formação do eu privado*. In: SILVA (ORG.), T. T. D. *Liberdades Reguladas*. Petrópolis: Vozes, 1988. p. 30-45.

ROSE, N. *Inventando nossos selfs: Psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

RUSSO, J. *O mundo PSI no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

SALEM, T. A "desposseção subjetiva": dos paradoxos do individualismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 18, p. 62 - 77, fevereiro 1992.

SANTOS, S. R. B. D. A terapia do luto. In: SANTOS, F. S. *Tratado Brasileiro de Perdas e Luto*. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 363 - 368.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, v. 1, n. 1, p. 1-15, julho 2009.

SCHIAVINATTO, I. L.; PATACA, E. M. Entre imagens e textos: os manuais como práxis de saber. *História, ciências, saúde*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 551-566, abril-junho 2016.

SOLANO, J. P. C. Luto e resiliência. In: SANTOS, F. S. *Tratado Brasileiro de Perdas e Luto*. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 171-176.

VAN GENNEP, A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 2011.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. D. N. A. *Pesquisa quantitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.



VIDAL, F. "A mais útil de todas as ciências". Configurações da psicologia desde o Renascimento tardio até o fim do Iluminismo. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. História da Psicologia: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2006. p. 47-73.

WALTER, T. What is complicated grief? A social constructionist perspective. OMEGA Journal of death and dying, v. 1, n. 52, p. 71-79, february 2006.