

APRESENTAÇÃO

Os artigos de pesquisa que constituem esta tese analisam a perda por morte a partir de algumas de suas facetas. A abordagem psicossociológica empregada autorizou depreender os fenômenos da morte e do morrer antes pela integração que pela particularização dos eventos e experiências, dada a assumida vinculação entre sujeito-contexto-objeto, na imbricada dinâmica entre ciência e cotidiano, e que se (des)faz na confluência entre o ontem, o hoje e o porvir. O conjunto de resultados obtidos confirma a complexidade da temática.

O meu interesse em pesquisar a morte foi despertado há alguns anos, quando participei de um evento sobre filosofia e religião, promovido por uma instituição educacional filosófica e teológica da Região da Grande Vitória (GV). No decurso de um *workshop* sobre ritos funerários católicos, as exéquias, enquanto era apresentada uma análise sobre epitáfios de cemitérios do Estado, experimentei um *insight* do que já poderia ser óbvio, mas que até então não havia contemplado criticamente: que a lida com a morte era uma construção sócio-histórica e que os escritos tumulares poderiam expressar representações sociais da perda. Imediatamente emergiram as seguintes questões: Como lidamos com a morte na GV? E, como esse fenômeno poderia ser analisado? Movido por esses questionamentos iniciais passei a considerar o que a literatura acadêmica, os meios de comunicação e as minhas próprias experiências poderiam revelar sobre o tópico.

Não posso desconsiderar que o citado evento talvez tenha sido um mero instigador de uma inquietação velada, gerada pela minha realidade de cidadão-policial. Bem como, após anos trabalhando em setores burocráticos do Departamento Médico Legal (DML) da Polícia Civil Capixaba (PCES), e já tendo desenvolvido um “Estudo sobre Representações Sociais da Profissionalização de Policiais Civis/ES” no mestrado do PPGP/UFES, novamente tenha sido incitado a investigar outra atividade da Instituição em que trabalho. De qualquer modo, vejo este estudo como fruto de uma necessidade de reflexão pessoal pela minha própria finitude, medos e cultura, e pela minha profissão e riscos. Mas, e também, pelo caráter intelectual e cívico a que me dispus por ensejar conhecer mais sobre onde me constituo como

cidadão e profissional, e desejar contribuir à ampliação do conhecimento sobre as dinâmicas psicossociais da Região, pela produção de inferências e questionamentos a partir do que lhe é própria: a cultura. A expectativa maior é que esta produção minimamente e, despretensiosamente, alcance o tecido social local através da maior integração entre a UFES, o Governo do Estado e a PCES.

A tese é composta por cinco capítulos. O Capítulo I, *Introdução*, refere-se a delimitações dos interesses da investigação, ou o objeto propriamente, questões (problemas) que orientam as análises, o contexto teórico e empírico pelo qual respostas são propostas, e os objetivos principal e específicos. O Capítulo II, *Quadro teórico*, destaca elementos da Teoria das Representações Sociais, referência teórico-conceitual e heurística da tese, de modo que em sua articulação com conceitos pontuais e dados particulares relativos aos estudos realizados são desenvolvidas análises coerentes com o campo de conhecimento em que se situa esta tese: a Psicologia Social de natureza sociológica. São também feitas observações de caráter metodológico. O Capítulo III, *Investigações*, apresenta os três artigos que compõem os três grandes eixos de análise representacional do estudo, a citar: Investigação 1 – Representações sociais de profissionais da saúde sobre morte, luto e dor; Investigação 2 – Representações sociais sobre a perda em obituários e elogios fúnebres; e Investigação 3 – Luto por viuvez: estudo sobre representações sociais em narrativas de enlutados, cujos sujeitos destacadamente compõem o público central que se vale do saber científico, dos costumes e dos rituais para a lida com a perda. Por fim, no Capítulo IV, *Considerações finais*, é feita a articulação entre os resultados dos artigos e a literatura acadêmica, à luz da teoria empregada, para se apreender a representação social da perda por morte na GV.

O detalhamento dos métodos empregados nos estudos está em cada artigo de pesquisa, e na seção Referências dispusemos somente aquelas concernentes à Introdução e às Considerações Finais. As referências de cada artigo estão dispostas em cada qual, bem como os respectivos anexos.

I INTRODUÇÃO

1.1 Da organização civilizatória e suas implicações para as práticas mortuárias

[...] a influência da cultura na saúde e nos cuidados em saúde é demonstrada mais poderosamente nos dois mais significantes eventos da vida: o nascimento e a morte. [...] São nesses eventos, envolvendo o mais alto nível de emoções, que os significados mais profundos e particulares de uma dada cultura são colhidos, expostos e compreendidos (XU, 2007, p.412, tradução nossa).

A estruturação moderna dos estados, segundo Elias (2001), pode originar uma realidade social em que sistemas de crenças metafísicas tendem a diminuir o seu vigor, como em países de economia central nos quais a educação, a saúde, o controle da violência, a tecnologia e as inter-relações são mais eficazmente mediadas e equalizadas pelo poder civilizatório, materializado em instituições que orientam o *modus operandi e faciendi* no tecido social.

Em períodos anteriores aos e ou distintos dos equivalentes atuais em organização civilizatória¹, as populações eram mais temerosas e suscetíveis aos eventos do cotidiano social e da natureza, dado o não envolvimento governamental pormenorizado na operacionalização das relações internas e externas de regiões e países. Sem embargo, a comparação entre sociedades e períodos históricos é delicada, porquanto um mesmo período pode comportar variadas coletividades em distintos níveis de organização. Igualmente, a oscilação infraestrutural dos estados pode suscitar inflexões nas percepções ou representações que os grupos elaboram sobre a estabilidade da vida, porque

A caracterização social dos conteúdos e dos processos de representação [dos objetos sociais] deve referir-se às condições e aos contextos nos quais surgem as representações, as comunicações e através das que circulam, e das funções a que servem dentro da interação com o mundo e os demais (JODELET, 1986, p. 474-475, tradução nossa).

Portanto, a forma de se lidar com a morte sofre alterações de acordo com a natureza do desenvolvimento, complexidade e orientação no social (VALA, 2004; ELIAS, 2001; JODELET, 1986), tendo que ver com estágios do nível de organização interna dos estados e as características dos grupos (se de caráter societário ou

¹ Para detalhes da teorização do processo civilizador, ver: ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro, Zahar, 1993, tomo 2.

comunitário), o que torna as concepções da morte e dos ritos mortuários correspondentes à natureza da socialização. Para Elias (2001),

A atitude em relação à morte e a imagem da morte em nossas sociedades não podem ser completamente entendidas sem referência a essa segurança relativa e à previsibilidade da vida individual – a expectativa de vida correspondentemente maior. **A vida é mais longa, a morte é adiada. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil esquecer a morte no curso normal da vida.** Diz-se às vezes que a morte é “recalcada” (p.15, grifo nosso).

De modo geral, a morte e o morrer no ocidente urbano distam do cotidiano das relações sociais por serem gerenciados por operadores institucionais como as polícias e as perícias, e por profissionais de saúde e agentes funerários (DESPELDER, STRICKLAND, 2002; BRADBURY, 1999). Aliada a isso, a tecnologia mais desenvolvida propicia o aumento geral da expectativa de vida da população e reforça o ideário de que a morte é passível de ser controlada, postergada ou considerada um pouco mais tarde (KOVÁCS, 2003). Nestes termos, a familiaridade e a não familiaridade com a morte se delineia nas dinâmicas intra e intergrupais, quando sujeitos históricos, suas experiências e ações afetam e são afetadas pelo conjunto de práticas sociais correntes num dado período de sua trajetória, podendo ocasionar variações, e até transformações, nos fundamentos das atividades cotidianas (VALA, 2004).

Em sua obra historiográfica, *História da Morte no Ocidente*, Ariès (2003)² explana que, durante um extenso recorte temporal, a história da morte na Europa ocidental pôde ser considerada acrônica, visto que as mudanças em sua dinâmica foram tão sutis e lentas que poderiam passar imperceptivelmente. A sua trajetória foi dividida em dois grandes períodos: o período sincrônico e o diacrônico. O período sincrônico compreende séculos, da ordem dos milênios, estendendo-se do início da Idade Média (limite de sua pesquisa) até o século XII, e se refere à noção da “morte domada”, caracterizada pela familiaridade social com o tema. O período diacrônico, cujo marco inicial foi o século XII, estende-se até a atualidade (década de 1970, quando da publicação de sua pesquisa) e se refere às significativas mudanças na habitual familiaridade com a morte e à sua interdição social, originando a noção de “morte selvagem” ou “invertida” (recalcada).

² Primeira edição no ano de 1975.

Durante o período da sincronia, e ainda por vários séculos no da diacronia, a morte, segundo essa compreensão, foi entendida como uma experiência cotidiana, pressentida e aguardada, considerada como a “morte ideal”, e a sua antinomia, a “morte súbita”, amplamente temida, como a provocada pela peste durante o século XIV. Morria-se sabendo que se iria morrer. O homem medieval era advertido de sua morte antes por uma convicção íntima que por premonição. Para Ariès (2003), quando a sua chegada era percebida, os ritos tradicionais eram encenados e, naturalmente, *o moribundo jazia sobre o leito*.

Elias (2001), em seu livro *A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer*³, avalia que assertivas na supracitada obra refletem uma visão estereotipada da morte, que em muito expressam idealizações cortesãs e artísticas que estavam em atividade, e desconsideram o peso do pensamento social, por exemplo, da transição de um estágio em que fantasias coletivas de imortalidade preponderam, para outro em que fantasias individuais ganham mais força. Bradbury (1999) e Elias (2001) preconizam que, mesmo no período medieval, quando a morte era mais um evento no cotidiano, seria pouco provável que a perda e o luto fossem enfrentados facilmente e igualmente por todos, sendo simplesmente aceitos e sem provocar desestruturações psicológicas relevantes, ou os moribundos e os idosos fossem sempre bem tratados pelos congêneres. Tais afirmações sugerem um entendimento idealizado do (bom) passado em detrimento do (mau) presente.

Parece-nos que a concepção da morte domada simplesmente se refere – ou deveria – a contextos nos quais os costumes e as tradições, religiosas ou não, orientam eficazmente a ação dos indivíduos e dos grupos quando da perda por morte; e não a sua mera aceitação, pois a dor pode ser experimentada em diferentes níveis de intensidade pelos enlutados: a existência de mecanismos sociais ativos e difundidos conduzem a coletividade a dispor da rede sócio-familiar mediata e imediata, e norteiam também o que, como e o porquê de se fazer, subsidiando um crucial suporte àqueles que de algum modo estão interessados no evento (XU, 2007; TORRES, 2006; CHALCO, 2001; QUEIROZ, 1983).

³ Primeira edição no ano de 1982.

Num período anterior à organização da medicina ocidental moderna, a morte era antes aceita como um evento natural, ou fruto do pecado, do que da ação de agentes patogênicos. Com o advento da nova medicina, expressivas mudanças passaram a orientar as políticas públicas e a alterar práticas mortuárias tradicionais, como: interromper o sepultamento nas igrejas e nos adros (intramuro), a retirada dos corpos do interior das igrejas (extramuros) e o afastamento dos cemitérios dos centros das cidades, visto que os miasmas dos cadáveres passaram a ser associados às causas de doenças. Trata-se dum conjunto de ações norteadas pelos ideais higienistas praticados na Europa desde fins do século XVIII (ARIÈS, 2003) e que, no Brasil, passaram a ser exercidos a partir de meados do século XIX (CASTRO, 2007).

No Brasil oitocentista, mudanças ancoradas no progressismo e na medicina francesa – de cunho social e higienista, sendo mais preventiva que terapêutica e devendo as ações partir da sociedade/estado para o indivíduo – passaram a modificar tradições mortuárias seculares. Estas, fincadas na religiosidade católica, migraram para um novo paradigma cujo sustentáculo era uma política e ciência orientadas pelo saber positivo, pela laicização estatal e pela valorização de princípios liberais. Nesse palco em configuração, notadamente nos centros urbanos, foram interditadas a prostituição, a mendicância, a bebedeira, as superstições, e, progressivamente, a Igreja perdeu o controle sobre os cemitérios públicos, os sepultamentos e os mortos.

Castro (2007), em sua pesquisa sobre as políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX, explica que ao fim do século

[...] O país não era mais unanimemente católico [...]. Além das várias vertentes do protestantismo, havia também os adeptos do Kardecismo, do Positivismo, de pajelanças e frequentadores de terreiros de tradição africana. No que concerne aos imigrantes, o que estava em jogo não era somente conceder ou não sepultamento [nos cemitérios públicos, nos quais, grosso modo, somente era autorizado aos católicos “em dia” com os dogmas da Igreja], mas que o país oferecesse meios de promover com sucesso a sua política imigrantista; política esta ligada a vários objetivos, como o povoamento de linhas de fronteira, o suprimento de mão-de-obra à lavoura cafeeira em expansão e a promoção de ideias progressistas. **Não se deve esquecer que em todos os casos considerava-se o elemento europeu o único capaz de atender ao projeto de construção da nação brasileira – branca, moderna e civilizada** (p.235, grifo nosso).

A existência e persistência de ritos mortuários tanto em sociedades tradicionais (TORRES, 2006; CHALCO, 2001; QUEIROZ, 1983), marcadas por tecidos sociais de caráter coletivo e de menor interferência estatal nas suas atividades, quanto em urbanas, desenhadas por tecidos sociais individualizantes, nas quais o estado é mais atuante, reforçam a insuficiência explicativa da antinomia morte domada *versus* morte selvagem. Essa carência nos conduz a um entendimento do “lidar-se com a perda” que se faz de algum modo e de alguma maneira, e de acordo com o tempo e o espaço em que a experiência é vivida (ELIAS, 2001; JODELET, 1986). Ilustram isso, por exemplo, os registros antigos de práticas e ritos mortuários entre mesopotâmios, gregos e hindus, que indicam a produção de distintos mecanismos e significados à lida com a perda (GIACIOIA JÚNIOR, 2005). Por tal, parece-nos coerente o postulado de que

[...] praticamente todos os habitantes do cosmos, **desde os membros das sociedades nômades de caçador-coletores, até os indivíduos mais eruditos que vivem nas sociedades mais complexas, praticam ritos funerários para se despedir de seus entes queridos**; assim, desde sempre, nós, indivíduos, temos dedicado especial atenção à celebração de cerimônias fúnebres para honrar o destino final dos vivos (TORRES, 2006, publicação eletrônica, grifo nosso, tradução nossa).

O elevado nível de consciência humana sobre a finitude, potenciado pelo progressivo acúmulo de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias, têm proporcionado ao homem contemporâneo maior angústia dada a instigação do paradoxo aceitação/negação da morte, pois

...Nós devemos aceitar a morte se desejarmos manter certo controle sobre a realidade. Entretanto, devemos negar se pretendemos conduzir a nossa vida diária por um senso de comprometimento com o futuro, que é, inevitavelmente, limitado por nossa mortalidade. [...] **a atitude em relação à morte nas sociedades modernas envolve negação, a menos que signifique "levar a cabo todos os recursos possíveis para prolongar uma vida ativa e saudável", e aceitar a morte apenas quando "é sentida ser inevitável"** (DESPELDER; STRICKLAND, 2002, p. 5, grifo nosso, tradução nossa).

Esse panorama ratifica o argumento acima apresentado de que nos diversos períodos e contextos históricos as sociedades e grupos, através das culturas, laboram formas de lidar com a morte a partir da base psicossocial e sociocognitiva em que ancoram os seus entendimentos sobre o viver. Logo, se nos mostra incoerente atribuir vantagens, *a priori*, dum dado tempo social em relação a outro, à

revelia dos prós e dos contras que sempre coexistem e são continuamente (re)delineados.

1.2 Da morte e morrer como objeto de natureza psicossocial

Investigações sobre a morte e o morrer, no ocidente, têm sido negligentes em relação às suas formas de expressão em sociedades fora desse perímetro e do estágio civilizatório urbano atual (GURGEL, 2008; XU, 2007; JODELET, 2006), o que pode limitar a coerência dos significados atribuídos às suas práticas. Seguramente, um levantamento sistematizado em bancos de dados acadêmicos seria relevante ao mapeamento do que se tem produzido e como se tem produzido sobre os temas na América Latina e no “Oriente”, o que por hora ultrapassa o escopo deste estudo.

Obviamente que o ocidente urbano nos interessa particularmente devido ao objeto em análise, o estudo de representações sociais sobre a perda por morte na Região da Grande Vitória (GV) e as implicações para as práticas em saúde, costumes e ritos mortuários. Contudo, por exigência teórica e da natureza do objeto – intensamente afetado pela rede de comunicação virtual, mercadológica e migratória, que reeditam tradições e costumes mesmo entre zonas culturais que distam geograficamente (XU, 2007; SÁ, BELLO, JODELET, 1998) – somos conduzidos a sutis incursões transculturais e multitemporais, na confluência entre o moderno e o antigo, o oriente e o ocidente, e do hoje e a sua pluralidade.

Nota-se que os objetos sociais ocidentais e contemporâneos são amplamente explicados pelo crivo científico (BRADBURY, 1999; ELIAS, 2001), o que denominamos *science-based conception*, em oposição a um entendimento que valora a cultura e o *habitus* como mediadores psicossociais e sociocognitivos, ao qual denominamos *culture-based conception*⁴. Preconizamos que a antinomia deve ser considerada no âmbito dum caminhar histórico e dum contexto psicossocial em

⁴ Os termos em inglês foram empregados porque têm um sentido claro sobre o que pretendemos discutir, são amplamente empregados na literatura acadêmica e dão o destaque esperado ao argumento em questão.

que os agires são mediados por mecanismos institucionais e tecnológicos mais competentes ao suporte e controle do tecido social, e não meramente a expressão da racionalidade, hegemônica e estável, do pensamento social pós-moderno, porque

[...] A expansão do conhecimento real e a correspondente retração do conhecimento fantasioso andam de mãos dadas com o aumento do controle efetivo dos acontecimentos que podem ser úteis às pessoas, ou dos perigos que podem ameaçá-las. **A idade e a morte estão entre estes últimos** (ELIAS, p. 89, grifo nosso).

Há décadas se tem observado que a formação acadêmica e as atuações profissionais em saúde são deveras marcadas pelo que denominamos paradigma organicista, segundo o qual, por exemplo, a Medicina, a Enfermagem e a Psicologia tendem à patologização e à medicalização dos pacientes nas terapêuticas (ESTEBAN, 2012; OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; CAMPELOS, 2006; COUTINHO, TRINDADE, 2006; NEUBERN, 2000; BRADBURY, 1999). Por conseguinte, quando da morte e morrer, tende-se a não valoração da mútua implicação dos universos reificado e consensual para a formação da episteme, ou tempo social, retraindo a atuação mais integrada entre profissionais e clientela, bem como refreando os interesses de estudo da relevância da cultura, dos costumes e dos ritos aos temas.

Martins (1983) exemplifica a nossa reflexão ao destacar que

Estamos muito preocupados com a eutanásia. Mas **nos esquecemos de que a eutanásia moderna surgiu unicamente na medida em que o homem foi privado do direito sobre o seu corpo, na medida em que artificial e tecnicamente tornou-se possível prolongar a agonia.** Fazemos intermináveis discussões sobre a moralidade de interromper a vida artificialmente prolongada e não discutimos em nenhum momento a moralidade desse prolongamento (p.10-11, grifo nosso).

Mesmo que o autor tenha organizado, e também desenvolvido, relevantes discussões em seu livro *A morte e os mortos na sociedade brasileira*, avaliamos que a forma como aborda o presente objeto reafirma o que vimos argumentando ser uma visão generalizante e estereotipada das experiências da morte e do morrer nos espaços urbanos. Identificamos o mesmo posicionamento no livro *Morte e desenvolvimento humano*, organizado por e com contribuições de Kovács (1992), abaixo ilustrado.

O século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa, como fora o sexo na era vitoriana. [...] A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida. Não há mais sinais de que uma morte ocorreu. O grande valor do século é o de dar a impressão de que “nada mudou”, a morte não deve ser mais percebida. **A boa morte atual é a que era mais temida na antiguidade, a morte repentina, não percebida. A morte “boa” é aquela em que não se sabe se o sujeito morreu ou não** (KOVÁCS, 1992, p. 39, grifo nosso).

Questionamos a corrente ideiação à abordagem dos processos da morte e morrer, pois dá indícios de ser um ajuizamento de valor ao vincular o “encarceramento da morte” à sua negação (ela foi aceita, efetivamente, algum dia?). Além disso, aspectos mortuários e do luto são uma realidade posta, a ser realimentada incessantemente – porque sim – e não uma constante (re)produção social com perdas e ganhos passível de inflexões.

Avaliamos que os predicativos atribuídos à morte nada mais são que a identificação de práticas sociais atuantes, psicossocial e historicamente produzidas e partilhadas por coletividades, podendo variar com as características de cada qual. Portanto, as ciências deveriam implementar estudos que antes permitissem a identificação de pistas para a construção de saberes e de resultados do que a adoção duma postura pré-concebida sobre a realidade, tornando-a um epifenômeno de suas análises. A orientação de práticas em saúde por essas idealizações não somente oblitera as variações do tema, como é capaz de não admiti-las, redundando na lógica: muda-se a casa; mantêm-se os móveis.

Ariès (2003), abaixo citado, na década de 1970, ponderou sobre o que se tornaria uma tendência.

[...] publicações americanas cada vez mais numerosas de sociólogos e psicólogos têm por objeto as condições da morte na sociedade contemporânea e particularmente nos hospitais [dos últimos dez anos, a contar da publicação da obra]. **A bibliografia de *The dying patient* deixa de lado as condições atuais dos funerais e do luto. Estas são julgadas satisfatórias.** Em troca os autores chocaram-se com a maneira de morrer, com a desumanidade, a crueldade da morte solitária nos hospitais e em uma sociedade em que o morto perdeu seu lugar eminente reconhecido pela tradição durante milênios em que o interdito sobre a morte paralisa, inibe as reações do círculo médico e familiar (p. 98-99, grifo nosso).

Compreendemos que alguns aspectos precisam ser apreciados. Primeiro, concordamos que os estudos dos ritos mortuários e do luto continuam sendo

considerados satisfatórios. A atualidade das discussões sobre o modelo organicista e as implicações em saúde desvela isso (ESTEBAN, 2012; OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; CAMPELOS, 2006; COUTINHO, TRINDADE, 2006). Segundo, os apontamentos de Ariès (2003), Kovács (2003) e Martins (1983) acabam por deixar de lado o ponto central valorado nesta investigação: que as passagens dos estágios civilizatórios se deram no âmbito da totalidade das modificações das estruturas sociais e são resultantes de ações coletivas em busca de respostas às necessidades pungentes das mesmas coletividades. Aqui, parece-nos importante um adendo.

Não nos cabe criticar os esforços atuais em prol da dignidade dos moribundos e dos familiares nos processos de morte e morrer, como analisado por Gurgel (2008). Reflexões de como garantir os direitos técnicos, afetivos e morais no âmbito dos cuidados paliativos (“desospitalização”) estão longe de serem irrelevantes, são fundamentais. Mesmo porque tais discussões põem na berlinda os perigos, para citar, da obstinação terapêutica nos tratamentos, o que evoca a necessária revisão do tipo de formação educacional praticada em saúde, e, sem mais delongas, do próprio direito à saúde, assim como do de autonomia do moribundo e dos familiares.

Tomando-se em conta o acima exposto, falamos a mesma língua. O que de fato nos cabe ressaltar é que tais entendimentos abordam a cultura de modo generalizado; não concebem, genuinamente, os fazeres psicossociais da morte e morrer intersociedades (XU, 2007); e negligenciam os localismos (JODELET, 1986) que se abordados na formação profissional em saúde – como pela inclusão curricular de disciplinas obrigatórias sobre cultura e processos psicossociais, e também nas capacitações – poderiam representar um importante contraponto à tendência vigente focada no corpo, na sua medicalização e patologização, deixando de significar a morte como *adversária* da vida e a saúde como a ausência de quaisquer doenças físicas. Ao se categorizar a morte, *a priori*, e ao se desconsiderar as peculiaridades de grupos à sua lida, antecipa-se um problema, estrutura-o e o impõe, lançando-lhe mais cores ou tornando-o mais relevante do que de fato poderia ser. É nesta compreensão ampla sobre saúde, doença e morte que se fundamenta o conceito de “paradigma organicista” adotado.

E, terceiro, parece-nos inadequado tratar a atividade de estágios civilizatórios anteriores como superiores, ou o oposto, à guisa de pensadores da Idade Moderna que lançaram sobre a Idade Média a pecha de “período das trevas”, quando foi a partir dela que fundamentos dos períodos ulteriores foram iniciados e fortemente projetados (HUIZINGA, 2010). Há de se considerar também que a mesma Idade Média que comportou a familiaridade do homem com a morte, é a mesma que forneceu elementos à contemporaneidade para a elaboração e a manutenção de representações sociais (hegemônicas) de caráter patriarcalista (Deus é pai) e que orientam a naturalização dos papéis de gênero (feminilidade *versus* masculinidade) e atribuem um caráter moral a doenças como a AIDS, interpretada como a “peste gay” no decurso da década de 1980 (OLIVEIRA; WERBA, 2005).

Enfatizamos que as mudanças na lida com a morte ocorreram, concomitantemente, com as transformações que grassavam o mundo europeu em fins da Alta Idade Média (séculos XII e XIII), provocando uma crise global que atingiu de modo intenso todas as estruturas fundamentais do sistema feudal (cultura, sociedade, economia, política, religião e saúde), lançando as bases à organização do capitalismo industrial e urbano moderno (FRANCO JR., 1993). Essas progressivas alterações estruturais mantiveram-se e, em meados do século XVIII, foram intensificadas pelo Iluminismo e pela Revolução Industrial. Confere, então, fazermos meros ajuizamentos de valor? Como pondera Elias (2001),

[...] a vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa [e quase sempre inevitável]; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial. **Porém, em todos os casos, a participação dos outros na morte de um indivíduo era muito mais comum.** Hoje sabemos como aliviar as dores da morte em alguns casos; angústias de culpa são mais plenamente recalçadas e talvez dominadas. Grupos religiosos são menos capazes de assegurar sua dominação pelo medo do inferno. **Mas o envolvimento dos outros na morte de um indivíduo diminuiu.** Como em relação a outros aspectos do processo civilizador, não é fácil equilibrar custos e benefícios (p. 23-24, grifo nosso).

Esta intelecção está em harmonia com a reflexão de Durkheim (1983), em seu estudo sobre o suicídio como um fenômeno sociológico. Com o objetivo de solidificar as bases da Sociologia, ao elucubrar sobre a natureza das dinâmicas sociais, ele tomou como primado a tensão entre o social e o indivíduo. Para o autor, um período sócio-histórico emerge duma construção de longo tempo e pela integração, num

corpus coletivo, de sujeitos históricos em frequente oposição entre o si e o outro. O social é tomado como norteador do indivíduo e autônomo a ele, como abaixo ilustrado.

[...] O poder que [...] conquistou o respeito do indivíduo e que se tornou o objeto da sua adoração é a sociedade, de que os deuses foram unicamente a forma substancial. **Definitivamente, a religião é o sistema de símbolos através dos quais a sociedade toma consciência de si própria; é a maneira de pensar do ser coletivo. Eis, portanto, um vasto conjunto de estados mentais que não se teriam produzido se as consciências particulares não estivessem unidas, que resultam desta união e que se adicionam aos que derivam das naturezas individuais.** Por mais que se analisem estas últimas tão minuciosamente quanto possível, nunca se descobrirá nada nelas que explique o processo de criação e do desenvolvimento destas crenças e destes costumes religiosos. [...] Acrescentemos, para evitar qualquer interpretação inexata, que não queremos dizer com isso que exista um ponto preciso em que termina o individual e em que começa o social. A associação não se estabelece de uma só vez e não produz todos os efeitos de forma imediata; necessita de tempo e, conseqüentemente, há momentos em que a realidade é indecisa. [...] De outro modo se se admitisse que não há gêneros distintos e que a evolução é contínua, não haveria no mundo nada que se distinguísse (p.193-4, grifo nosso).

Inferimos que a simples comparação entre sociedades urbanas e tradicionais, entre o hoje e o ontem, parece não somente reforçar o mito do bom passado e do mau presente, mas também desconsiderar que a problemática central da morte e morrer na atualidade, *muito possivelmente*, reside na atomização das relações sociais (DESPELDER, STRICKLAND, 2003; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999) e na negligência científica da importância dos ritos mortuários ainda existentes e resistentes no tecido social urbano, como as fotografias mortuárias⁵ e os obituários (SUZUKI JR., 2008; WITTER, 1983), formas modernas de inclusão da vida na morte.

Ao que tudo indica, a lógica fundamentadora das práticas em saúde representa um dos principais empecilhos à valorização das inúmeras construções sociais à lida com a perda na contemporaneidade. Essa última colocação, além de um dos aspectos analisados nesta tese, é a principal averiguação implementada. Visto que temos argumentado que a perda é universalmente desestabilizadora dos que nela estão envolvidos, e universalmente são arquitetadas formas de se enfrentar a experiência, por que em sociedades avançadas se tornou um dilema ainda maior? O que

⁵ Estudo desenvolvido por Mauro Guilherme Pinheiro Koury. Faz parte de uma pesquisa maior sobre Luto e Sociedade no Brasil, na qual foram entrevistados 1304 informantes nas 27 (vinte e sete) capitais de Estados do Brasil, entre os anos de 1994 e 1999. Disponível em <http://www.studium.iar.unicamp.br/cinco/2.htm>.

sustenta essa dinâmica? Como, então, temos enfrentado a perda? Como ficam os ritos, mitos e costumes ante essa seara moderna de possibilidades entre a tecnologia e a ciência? Tornou-se a ciência um norte ou um dogma a ser seguido?

Propomos, pela análise da literatura e notadamente por via de nossa abordagem empírico-teórica, a elaboração de respostas que contemplem os costumes, as práticas mortuárias e em saúde na Região da Grande Vitória, principal centro urbano do ES, onde, possivelmente, as relações de atomização social e intervenção do estado são mais intensas se comparadas às áreas extraurbanas, e onde mudanças nas práticas sociais são mais provavelmente desencadeadas.

Concordamos com Jodelet (2006) quando apregoa que na América Latina é essencial que se desenvolvam estudos que valorizem as práticas sociais e de saúde locais, malgrado serem utilizados os arsenais teórico-metodológicos de tradição europeia. Visto que representações da perda são influenciadas por inúmeras variáveis, ultrapassando os limites das instituições de saúde, e abarcando costumes e tradições sociais, ratificamos a relevância, e mesmo a necessidade, da retomada em maior escala dos estudos socioculturais e psicossociais sobre os tópicos da morte e morrer.

Confere valorarmos as investigações em saúde na América Latina consoante os seus particularismos culturais, psicossociais e da infraestrutura, os quais *podem*, numa certa medida, diferir dos modelos reinantes nos países centrais, em muito ancorados na lógica mais bem estruturada e operacionalizada da medicalização da dor. Retomando o conjunto de questionamentos anteriormente feitos, arguimos: a nossa atuação no social e nas instituições de saúde tem se aproximado, se distanciado ou proposto alternativas à lógica hegemônica nas sociedades centrais?

1.3 Do luto como patologia: o modelo biomédico ou organicista da perda

Luto é entendido como uma crise, pois há um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessário de uma única vez e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com ele. **Isto ocorre porque o impacto da morte provoca uma demanda sistêmica de ordem emocional e relacional sobre a família e sobre grupos sociais que**

tenham algum tipo de vínculo afetivo com a pessoa que se perde. Geralmente esta demanda é superior àquilo que a pessoa ou os grupos sociais podem dar conta (BOWLBY parafraseado por FONSECA, 2004, p.74, grifo nosso).

Segundo Bradbury (1999), os estudos tanatológicos ganharam relevância para a Psicologia ocidental após a Segunda Grande Guerra, provavelmente devido à elevada incidência de mortes. Já situada como ciência independente da filosofia e dada a sua afinidade com as ciências naturais, desde os primeiros estudos da perda, abordou-se a dor como uma *doença do indivíduo* e não de uma experiência humana universal. Situando-a “[...] no corpo e na mente doentes do indivíduo, nós, então, exercitamos a predileção em culpá-lo pelo infortúnio pessoal” (BRADBURY, 1999, p.165, tradução nossa). Por conseguinte, passou-se a morrer e a sofrer no modelo organicista da saúde (e da doença). Organismo e condutas individuais se tornaram o foco explicativo da experiência da perda, indiciando a sua concomitante patologização e individualização.

Modelos das fases da dor, ou do luto, passaram a ser desenvolvidos a partir da década de 1940. Mesmo que tenham sofrido pequenas variações, eles podem ser assim sintetizados (BRADBURY, 1999): torpor; saudade e negação; desespero; e recuperação. Esses são amplamente empregados nas terapêuticas psicológica (SILVA, NARDI, 2011; FONSECA, 2004) e psiquiátrica (BOWLBY, 2004; PARKES, 1998). É reconhecido, teoricamente, que não obrigatoriamente todos os enlutados experimentem o conjunto das fases e muito menos que sejam lineares, porque

[...] estão assim separadas apenas por uma questão didática, pois elas se mesclam de tal forma que não há demarcação nítida entre uma e outra, assim como elas podem retornar em momentos diversos durante o processo de enlutamento (FONSECA, 2004, p. 78).

Os modelos, contudo, tornaram-se muito atraentes aos profissionais de saúde e à clientela por sua funcionalidade, e mesmo pelo suposto controle sobre a realidade. Para ambos, essa mecânica se apresenta, na prática, como um fato científico. A dor normal ocasionada pelo luto, e o próprio luto, é definida como “saudável/aceitável” se trabalhada do início ao fim, e pode ser curada. O reverso é considerado anormal, “patológico/inaceitável”, que toma o rumo errado e pode ser assim sintetizado: a dor crônica, a dor postergada e a dor interditada (BRADBURY, 1999).

Citaremos dois exemplos que desvelam a incongruência entre a prática e a teorização nas terapêuticas. O primeiro se refere à intervenção relatada por Fonseca (2004) em seu Livro *Luto Antecipatório*. Após intervir num caso de luto patológico, caracterizado como “inibido” (quando os sintomas normais do luto estão ausentes), concluiu-se que

Através da abordagem terapêutica sistêmica e do psicodrama interno, foi possível que a paciente vivenciasse intrapsiquicamente as fases normais da perda e elaborasse uma nova construção de realidade sobre a perda do pai. **Este exemplo demonstra o fato de que, se o luto normal não tiver suas fases vividas no período da perda, ele pode transformar-se num luto complicado** que, por sua vez, pode tomar a forma de um fenômeno psicossomático (p. 91, grifo nosso).

E, o segundo, ao discurso duma enlutada inglesa entrevistada por Bradbury (1999), relatado em seu livro *Representações Sociais da morte: uma perspectiva psicossocial*.

Ele me disse: - Você ainda está chateada, não está? Como se isso fosse estranho. - Após oito meses você ainda está chateada. [...] Você sabe, a atitude do doutor quanto a mim foi de apenas: - Oito meses, você já deveria ter superado. Ele na verdade não disse isso, mas essa foi a sua atitude. - Bem, você quer se integrar ao CRUSE (grupo de suporte aos enlutados)? E eu pensei: - eu gostaria de fazer um cruzeiro [*cruise*], mas eu disse: - Não, eu tenho lidado com isso por oito meses, eu acho que consigo enfrentar agora (p. 170, tradução nossa, grifo nosso).

Em ambas as situações, as fases do luto e a delimitação temporal para a reestruturação do indivíduo, *a priori*, estavam postas, e, no segundo caso, ocasionou-se um grande incômodo e frustração à entrevistada, porquanto a sua experiência resumiu-se a “[...] oito meses, você já deveria ter superado [...]” para o especialista.

Após a identificação dos dois caminhos da evolução da dor, o certo e o errado/o saudável e o patológico, passou-se a questionar quais seriam as razões de as pessoas elaborarem o luto de diferentes formas.

Inicialmente, tentou-se o emprego de variáveis da personalidade que, segundo Stroebe e Stroebe (citado por BRADBURY, 1999), mostrou-se não conclusivo. Novas razões foram consideradas, as quais logo demonstraram ser verdadeiras biografias dos enlutados ou descrições sociais tratadas de modo impreciso, generalizado e com poucas características individuais, tais como a idade e o gênero,

intituladas *fatores de vulnerabilidade*, que se somam nove: a relação pré-existente com o falecido; o tipo de morte; a resposta da família e da rede social; o concomitante estresse e crise; a idade do enlutado; o sexo do enlutado; o nível social do enlutado; a religiosidade; e a personalidade do enlutado. Segundo esta lógica, quanto mais fatores um enlutado acumula, maior será a chance de desenvolver o luto patológico. Identificamos, abaixo, a mesma abordagem relatada no livro de Parkes (1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*.

Mesmo o luto por morte não é simplesmente um estresse, como pode parecer à primeira vista. Em qualquer luto, raramente fica claro com exatidão o que foi perdido, a perda do marido pode significar ou não a perda do parceiro sexual, do companheiro, do contador, do jardineiro, daquele que cuida das crianças, daquele que é o interlocutor em uma conversa, que aquece a cama com a sua presença [...]. E, ainda, uma perda geralmente traz consigo outras perdas secundárias. A morte do marido é, com frequência, acompanhada por uma queda de rendimentos, o que, por sua vez pode levar a viúva a ter de vender a casa, mudar de emprego (se estiver empregada) e mudar para novos bairros. **A necessidade de aprender novos papéis sem o apoio da pessoa com quem ela acostumou a contar, em tempo de luto para os demais membros da família, em particular os filhos, pode trazer uma experiência de estresse para a mulher muito maior do que o luto em si** (p. 24, grifo nosso).

O autor adverte que ao não se classificar o luto como doença mental se preservam os enlutados de serem estigmatizados ou estimulados a se verem como fracos ou doentes; por outro lado ao se recusar definir o “[...] luto como doença mental, podemos estar perpetuando uma visão da doença mental que não causa danos à maioria das pessoas que busca ajuda de psiquiatras ou outros profissionais da área de saúde mental” (p. 21).

Para Bowlby (2004) – com base na abordagem psicanalítica associada à etologia para explicar o comportamento do apego – dentre os inúmeros fatores que podem comprometer o rumo do luto sadio (antinômico ao luto patológico), destaca-se a *personalidade do enlutado*. Num capítulo de sua obra *Perda: tristeza e depressão*, exclusivamente reservado ao tema, chama-nos a atenção quando conclui que

[...] nem todos que têm a tendência a estabelecer relações afetivas desse tipo [autossuficiência emocional] reagem a uma perda com um luto perturbado [ou patológico]. Alguns dos que proclamam a sua [1] autossuficiência são, de fato, relativamente imunes à perda; **mas o curso do luto daqueles que estabelecem [2] apegos angustiosos, ou dos que têm [3] compulsão para prestar cuidados, será, provavelmente, influenciado de maneira bastante substancial pelas várias condições** [...] (p. 241-42, grifo nosso).

Entre tais condições o autor cita: a – caso o tipo de morte solicite um longo tempo de apoio do enlutado; b - caso o tipo de morte deriva na deformação ou mutilação do falecido; c – o modo que o enlutado foi notificado; d – a natureza das relações entre as “partes”, e o quanto de semanas e dias antes da morte; e – se as circunstâncias da morte conduzem à ideia de alguém ter sido responsável. E, em relação ao segundo são: a – disposições residenciais (se mora só ou com parentes); b – condições e oportunidades socioeconômicas; c – crenças e práticas que culturalmente facilitam o luto sadio, e se o grupo social facilita ou impede o luto sadio.

A argumentação de Parkes (1998) reforça o nosso entendimento sobre a incoerência de se supervalorizar um tempo social em detrimento de outro, pois os papéis e incongruências no social são produções psicossociais que ganham sentido no âmbito da episteme, e as terapêuticas precisam levar seriamente em conta os desígnios de cada período da história das sociedades e grupos; desvela o aspecto confuso ou inadequado da abordagem organicista da perda; além de difundir um discurso sexista⁶. No tocante às observações de Bowlby (2004), verificamos a imprecisa abordagem do caráter psicossocial do luto, visto que as variáveis sociais, mesmo que consideradas, mostraram-se diluídas em meio às assertivas de caráter psicocognitivo. Em ambos os casos, no fim das contas, os aspectos sociocognitivos se revelaram cruciais à interpretação do porquê de as subjetividades dos enlutados se orientarem de uma ou de outra forma (sadia ou patológica).

⁶ Consoante Bradbury (1999), a representação de que a mulher é mais suscetível ao luto patológico se pautou na desconsideração de que as pesquisas iniciais sobre a morte e o morrer foram implementadas com viúvas de soldados falecidos na Segunda Grande Guerra, e segue atualmente pela maior longevidade feminina, quer pelo caráter biológico quer pela maior violência dos atos, exposição ao risco e à tendência dos homens em descuidar da saúde. A concepção hegemônica da masculinidade impõe ao homem que seja sempre forte, autônomo e provedor (SARTI, BARBOSA, SUAREZ, 2006; GRANJA, MEDRADO, 2009). Bradbury (1999) assume que a sua pesquisa pode contribuir para a manutenção do discurso que polariza os papéis sociais de gênero, quando declara que “[...] Eu estou bem ciente que ao focar na viuvez feminina estou continuando uma tradição de pesquisa que exclui não somente viúvos, mas parceiros sobreviventes de outros casais, tais como relações gay, extraconjugal ou de não casados oficialmente” (p. 38, tradução nossa). Metodologicamente, contribuimos para a ampliação do conhecimento sobre a perda quando incluímos não somente viúvas numa das investigações, como viúvos heterossexuais e gays masculinos.

Conforme Bradbury (1999), descritivamente as pesquisas sobre o luto estão corretas. De fato, as pessoas procuram mais os médicos após a perda do companheiro e os idosos enlutados podem falecer mais prematuramente se comparados aos não enlutados. Contudo, a vulnerabilidade da abordagem de caráter psicocognitiva está justamente na desconsideração do forte aspecto social da experiência, detalhamos: dos *imprintings sociais* (condicionamentos sociais) estruturantes e estruturados coletivamente (MORIN, 1998), por meio da imbricada relação entre a representação (no social), a subjetividade (do sujeito) e a produção (relação entre o si e o outro), elementos que somente podem ser compreendidos na conectividade que guardam entre si, visto que “[...] nenhum deles existe sem a presença dos outros e **o que os três expressam é a relação fundamental do ser humano com o tecido social [...]**” (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 60, grifo nosso).

A superação dessa lógica contribuirá à revisão do atual *conceito estrito* de saúde que a preconiza como antítese da doença, permitindo que programas governamentais como o SUS (Serviço Único de Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família) operem alinhado ao *conceito ampliado* apregoado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelo Ministério da Saúde, compreendendo-a como “[...] um estado pleno de desenvolvimento mental, físico e de bem-estar social” (CÂMARA, et al., 2012, p. 41).

1.4 Da interferência dos processos psicossociais nas práticas em saúde

A análise de Xu (2007) sobre as implicações da cultura chinesa às práticas em saúde aponta como as tomadas de posição dos profissionais das sociedades estadunidense e chinesa são marcadas por distintos significados para essas e entre essas populações. Tal análise nos fornece uma clara compreensão da força dos *imprintings sociais* sobre as coletividades e da importância de serem considerados quando das pesquisas e das intervenções em saúde.

Diferentemente da cristandade ocidental, para os chineses a morte não é habitualmente compreendida como uma etapa da vida. Por essa razão, apregoam a preservação e prolongamento da vida, o que talvez possa explicar a milenar busca dos imperadores de poções milagrosas para a imortalidade ou longevidade. Logo,

diálogos sobre a morte ou a sua mera menção devem ser evitados, mesmo entre os agnósticos, pois é culturalmente concebido que trazem má sorte. Sentimentos de estresse, aflição e pânico não são raros. Ante os moribundos, notadamente, o tema é evitado por crer-se que o diálogo pode acelerar a morte ou mesmo causá-la. Xu (2007) argumenta que pela religião os ocidentais são, desde a tenra idade, preparados e até mesmo encorajados a lidar com a morte, ao contrário dos chineses.

[...] os ocidentais estão mais bem preparados psicologicamente para encarar a morte que os chineses em geral, pois eles têm pensado sobre e ponderado a respeito da morte ao longo de anos e mesmo décadas. **O mais importante, os cristãos têm fé, o que os ajuda a lidar com a morte de modo sereno.** Por fim, conversar sobre a morte e executar a preparação necessária para enfrentar a ou lidar com a morte são encorajados nas culturas ocidentais (p. 413, grifo nosso, tradução nossa).

Para o autor, as práticas, os ritos e os artefatos mortuários são produções mais importantes para os vivos que para os mortos. Em primeiro lugar, porque a pompa dos rituais reflete a posição e a reputação do morto, e de sua linhagem familiar, numa cultura, a chinesa, em que o prestígio é um importante valor psicossocial. E, em segundo lugar, as práticas mortuárias propiciam, de acordo com as crenças, conforto ao espírito do morto e, expressamente, suporte para os vivos, por ofertarem a estes a oportunidade de socialização da experiência e de maior vinculação entre os familiares, os amigos e quaisquer outros interessados no evento.

Na China, por serem os serviços funerários e os ritos mortuários fortemente marcados pela tradição oral, e por estar a cargo da família a tomada de decisões em saúde, isso implica a quase impossibilidade de serem modificados. A lógica ocidental de autonomia do moribundo, abaixo ilustrada em relação ao Canadá e aos EUA – que de acordo com Gurgel (2008) pode ser estendida a outros países ocidentais, centrais ou periféricos – não somente não é familiar aos chineses, mas também entra em conflito com as suas crenças e valores.

Na área de adultos, através de estudos utilizando entrevistas com grupos de doentes terminais, médicos e entes queridos, se tem uma boa ideia do que seria uma “morte ideal”. Ela englobaria os seguintes tópicos: – controle dos sintomas (morte sem dor e sem desconforto físico); – preparação adequada para morrer, envolvendo rituais religiosos, etc.; – estreitamento dos laços fraternos (oportunidade para se despedir da família, amigos e demais entes queridos); – **oportunidade para revisar sua própria vida e relembrar momentos importantes;** – **oportunidade para resolver**

negócios ainda não terminados (exemplo: testamento, venda de propriedades, informar a família onde estão documentos importantes e códigos-secreto); – evitar um processo longo de morte (GARROS, 2003, p. 249, grifo nosso).

A partir de elementos da cultura chinesa, algumas observações sobre a mediação cultural aos cuidados em saúde são feitas por Xu (2007). Primeiramente, esconder a verdade do paciente, contando-lhe uma “mentirinha”, é esperado por parte dos profissionais em saúde, para o caso de a verdade não ajudar a melhora do paciente ou o seu tratamento. Nos casos terminais, essa informação deve somente ser partilhada com a família, conforme a lógica de que talvez o moribundo não esteja preparado para lidar com a verdade, o que dificultaria a terapêutica ou aceleraria a morte. Portanto, contar a verdade pode ser considerado antiético.

Ariès (2003) descreve que a omissão da verdade ao paciente, no ocidente, originou-se no recente século XIX, tornando-se o sentimento de afeição entre a família e o moribundo uma das novas características da estrutura familiar burguesa em ascensão. Os familiares passam a dissimular diante do jacente, porque não têm mais coragem de expor a verdade sobre a sua condição. Entretanto, esse sentimento logo daria lugar à preocupação de poupar a sociedade do constrangimento e incômodo das emoções pela dor da morte. A vida passa a ser concebida como uma experiência feliz, real ou suposta, e o local ideal de se cuidar e morrer sai do âmbito familiar e é transferido para as instituições e os profissionais em saúde.

Segundo a *culture-based conception*, na China, a saúde tem as suas práticas orientadas pela cultura, não por se confundir com ela, mas por não negá-la: o cuidar não se limita à medicalização e é de natureza ética, nos seus termos, mentir para o paciente e a família ter o dever de cuidar dos seus. Logo, ratificando o abaixo mencionado, a forma de se representar a vida orienta a forma de se significar a morte.

[...] essa ideia de que se pode estar alegre com os outros, mas se deve morrer só, parecer tão autoevidente hoje que nos inclinamos a ver nela uma experiência de todas as pessoas em todos os lugares. Mas essa ideia não é encontrada em todos os estágios do desenvolvimento humano. É muito menos universal que as tentativas das pessoas de encontrarem explicação de por que devem morrer. [...] **A ênfase especial assumida no período moderno pela ideia de se morrer em isolamento equivale à ênfase,**

nesse período, do sentimento de que se vive só (ELIAS, p. 69-70, grifo nosso).

Consoante o anteriormente exposto, é afirmado que os ocidentais lidam mais facilmente com a morte do que os chineses por razão do cristianismo. Contudo, temos visto ser recorrente na literatura ocidental da Psiquiatria e da Psicologia que, malgrado a religião, os ocidentais se desfamiliarizaram com o fenômeno. Por isso, partindo-se duma análise transcultural, são dados fortes indicativos da coexistência no ocidente, e no mundo, de distintos entendimentos sobre a lida com a morte. Além disso, considerar a pluralidade cultural é um posicionamento epistemológico fulcral à qualidade, à fidedignidade e ao refinamento dos estudos psicossociais, por dificultar-lhes as contraproducentes generalizações.

Esse conflito entre postulados reafirma a importância dos estudos dos costumes e ritos na contemporaneidade, bem como a defesa de que os significados dos objetos socialmente construídos têm de ser analisados a partir do contexto de produção e socialização em que operam (ELIAS, 2001; JODELET, 1986; DURKHEIM, 1983). Em ambas as formas idealizadas, a morte selvagem e a morte domada, o aspecto crucial é o suporte social. Em ambos os entendimentos sobre a familiaridade e a não familiaridade com a morte no ocidente, o mesmo aspecto está envolvido. Nas duas generalizações, há a ideação da mansidão diante da perda, à revelia do tempo e do espaço⁷, assim como do estágio de desenvolvimento civilizatório. Subestima-se, conseqüentemente, o peso da natureza das dinâmicas sociais sobre os fenômenos socialmente elaborados, como se o sofrer aqui, lá ou acolá fosse um equívoco, ou então passível de ser mensurado, aprioristicamente. Seguramente, a perda pode ser uma experiência custosa, quer para ocidentais quer para orientais, quer para antigos quer para contemporâneos, como salientado por Conceição (2009) e Torres (2006), e, se as fórmulas coletivamente formuladas não são as mesmas – o que precisa ser pormenorizadamente considerado – os resultados esperados são equivalentes: a atenuação ou superação do sofrimento físico e da alma.

A segunda observação se refere à existência de expectativas familiares durante o morrer e no pós-morte. Visto que a cultura chinesa é coletivista, a doença de um ente querido atinge todos os membros da família que, usualmente, buscam

⁷ No ocidente, apregoa-se que o passado é “melhor” e o “oriente” que o presente “assim o é”.

demonstrar-lhe afeição cuidando e estando próximos. Por tal, é socioculturalmente esperado que a família seja envolvida em quaisquer circunstâncias dos cuidados e, por consequência, é comum que os profissionais de saúde tenham que lidar com muitos visitantes.

Parece-nos importante fazer uma nova triangulação entre sociedades para se ampliar a discussão. Como posto, entre a China e os EUA/Canadá, há distinções entre alguns significados de práticas em saúde. Ao contrário do ocidente, para os chineses o poder decisório da família é soberano sobre o do seus membros, dado que tradicionalmente a força do sujeito está na coletividade e não em si. Consoante à hegemonia do atomismo social e à defesa amplamente reverenciada dos direitos dos indivíduos no ocidente, muito precisa ser feito no Brasil e na América Latina à democratização das práticas em saúde, a exemplo da implementação da limitação do suporte de vida (LSV), ao se tornar efetivamente viável que a família e o paciente (quando possível for) possam por ela optar em suas distintas modalidades, como a *eutanásia passiva*, isto é, a suspensão de procedimentos, em casos terminais, que podem tão e somente prolongar o sofrimento do paciente (KOVÁCS, 2003).

Lago et al. (2007) verificaram que em unidades de tratamento intensivo pediátrico, a LSV é praticada em 60% dos casos nos EUA, entre 30% e 40% na América Latina e, na última década ampliou-se de 6% para 40% no Brasil. Contudo, no Brasil, a LSV continua sendo uma prática mal explorada, geralmente caracterizada pela não reanimação, a despeito de já ter sido regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Igualmente, a participação da família nos processos decisórios é muito baixa. Para Gurgel (2008),

Conceitos e práticas nos países capitalistas periféricos não podem ser apartados da questão das desigualdades sociais, das dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, das formas de controle social [mecanismos de apropriação/expropriação do “tanatopoder” dos moribundos e familiares, pelo estado e ou setor privado]. Justamente por isso [...] os direitos relacionados à assistência aos moribundos nesses países devem ser pensados como uma questão de saúde pública [assistência diferenciada, qualidade de vida e organização do sistema público], e não simplesmente como uma questão clínica (mensuração da dor e seu controle) ou organizacional [organização de serviços] (p. 206).

A recente publicação em MSN (*The Microsoft network*), Estadão *online*⁸, de 14.04.2012, intitulada “Médicos que fazem aborto em casos previstos pela lei afirmam sofrer preconceito”, indica-nos a atualidade e gravidade da questão. Médicos que realizam abortos nos contextos previstos em lei, a citar: fetos com anencefalia, gestações resultantes de estupro e quando a vida da gestante está em risco, declaram sofrer preconceito de outros médicos, alegando que “acabam marcados” e recebem “olhares condenatórios de colegas”, e explicam o preconceito (termo empregado na reportagem) com base na “falta de conhecimento sobre a legislação” e dadas as “convicções pessoais, morais e religiosas”.

Essa contextura nos dá novos indícios de que a ciência parece ser o ponto fulcral às orientações ocidentais em saúde, ou *science-based conception*. Contudo, não ampliar o acesso das famílias às decisões; não explorar outras formas de LSV; e não se abrir a novas possibilidades de lidar com o “corpo vivo” não tem a ver com contribuir à efetivação de práticas democráticas em saúde e muito menos orientá-las por convicções científicas, ao revés, indicam tomadas de posição do universo reificado impregnadas de conteúdos do universo consensual (SÁ, 1998; HOULTON citado por LIMA, 2008).

A terceira observação concerne à valorização de “medidas heroicas”. Por ser estranha e não natural a plena autonomia do paciente na perspectiva chinesa, as decisões após ele se tornar incapaz são deixadas a cargo da família. Tem sido uma antiga tradição que ela cuide do doente ou moribundo sem questionar. As medidas heroicas para se sustentar e prolongar a vida devem ser implementadas e mantidas a qualquer custo, pois a morte é quase sempre compreendida como um evento negativo da vida.

A quarta, e última, observação é que em ambas as culturas o trato digno e respeitoso no pré e no pós-morte são relevantes. Entretanto, há uma implicação adicional do ponto de vista chinês, porque o tratamento reflete o *status quo ante* do morto e dos seus familiares e afeta diretamente a imagem da família.

⁸ Disponível no *link* <http://estadao.br.msn.com/ciencia/m%C3%A9dicos-que-fazem-abortos-em-casos-previstos-pela-lei-afirmam-sofrer-preconceito>.

O relato antropológico de Fulghum (1995) nos dá mostras da possibilidade de articulação entre os conceitos *science-based* e *culture-based* nas práticas em saúde ocidentais. O autor descreve que acompanhou a execução de um funeral tradicional na Ilha de Creta. Tratava-se da morte de um respeitado monge de um mosteiro ortodoxo grego muito antigo, situado em um povoado no extremo oeste da ilha. O corpo foi lavado, não embalsamado, posto em um caixão de madeira e velado na capela do mosteiro. Mais de duzentas pessoas, de todas as idades, reuniram-se lotando a capela para lhe prestar as últimas homenagens e orar por sua alma. O corpo, levado por membros da própria comunidade, foi sepultado em um cemitério localizado em um ponto íngreme da região. Todos os ritos fúnebres tradicionais previstos pela Igreja Ortodoxa Grega foram executados e, após o enterro, os aldeões retomaram o seu dia a dia. Fulghum (1995) observa que ao invés de se sentir incomodado, como habitualmente ocorre nos funerais, ali se sentiu reconfortado.

Não se tratava de um evento exótico praticado por uma comunidade tradicional, senão por uma comunidade grega moderna, cujos habitantes se vestiam e se portavam como qualquer cidadão europeu ou estadunidense de hoje: dirigiam carros japoneses; tinham acesso às informações internacionais em tempo real pela TV e internet; e desfrutavam das modernidades domésticas e de produção agrícola. Entretanto, havia algumas diferenças relevantes entre essa sociedade urbana e outras,

A maioria [dos seus habitantes] (...) vive na aldeia em que nasceu ou muito próximo. Do nascimento à morte, os fatos da vida diária estão interligados. Eles acompanham o nascimento, crescimento, vida e morte das outras pessoas. A cultura e a igreja também se interligam. Todos vivem e morrem assistidos pela Igreja Ortodoxa Grega. Isso significa que todos sabem o que fazer se alguém morre e qual é seu papel no ritual da morte e do pranteamento. **Fazem isso porque é assim há tanto tempo que ninguém sabe dizer quanto. E continua hoje mesmo nas grandes cidades** (FULGHUM, 1995, p. 169-170, grifo nosso).

Concordamos que a desfamiliarização com a morte e o morrer pode ser mais intensa quanto maiores forem as modificações que o *capital* exerce nas estruturas fundamentais das sociedades, tendo como representantes os processos de urbanização e industrialização (ARIÈS, 2003). Porém, com base nas duas análises apresentadas (sobre a cultura chinesa e a grega), verificamos que, mesmo em

sociedades marcadas pela modernidade, quer pela religião (Grécia) quer pelos costumes (China), não necessariamente os citados processos serão suficientemente potentes para alterar, modificar ou esvaziar práticas sociais tradicionais e “encaixotar” a morte: pois é na trajetória socio-histórica de cada sociedade e nas respostas que elas apresentam às questões que lhes são relevantes que se constroem os sentidos e significados de suas atividades.

Concordamos com Xu (2007) quando realça que os tópicos da morte e morrer são extremamente relevantes e delicados, e que são intensamente influenciados pela cultura. Por haver diferenças culturais, no caso entre os EUA e a China, e estendemos ao ocidente, entre a Europa e as Américas, e no âmbito destas, atualizações nas práticas em vigor devem ser implementadas, de modo que os cuidados em saúde superem o dualismo *culture-based/science-based* e passem a ser orientados por uma epistemologia complexa (JESUÍNO, 1998), articulando ambas as facetas do tecido social contemporâneo: os universos reificado e consensual.

A revisão do paradigma organicista em vigor é condição *sine quan non* ao reexame da antinomia saúde *versus* doença e à ressocialização da perda como experiência da vida. O sobrepujamento do dualismo contribuiria à melhoria das condições de trabalho das equipes de saúde e dos envolvidos no processo de perda, e à construção de um entendimento sobre as instituições de saúde não como espaços de início ou fim de vidas, mas de transição de estações.

II QUADRO TEÓRICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi empregada como norteadora da escolha e operacionalização dos instrumentos de coleta das informações, organização dos dados e das análises desta pesquisa.

No âmbito da TRS, o pensar, o sentir e o agir são simultaneamente elaborados no decurso das experiências humanas não podendo ser considerados entidades estanques. Ao representar o real, o homem, como ser implicado, significa ao invés de meramente refletir o todo que o envolve. A realidade não é, *e sim está*, pois somente pode ser interpretada pela mediação do campo representacional pré-existente dos sujeitos (JOVCHELOVITCH, 1998).

As representações sociais (RS) equivalem aos sistemas de crenças de sociedades tradicionais, como os mitos, e por tal razão podem ser consideradas o protótipo contemporâneo do senso comum (OLIVEIRA; WERBA, 2005). Cabe realçar que são meramente equivalentes, haja vista que as RS das quais a teoria se ocupa se referem às produções atuais gestadas no campo político, da ciência e do homem, e que geralmente não dispõem de suficiente tempo para se estabelecer como tradições (VALA, 2004).

As RS podem ser consideradas segundo três características fundamentais cujo postulado além de lhes atribuir distintas tipologias e natureza (hegemônicas, emancipadas e polêmicas) permite que a teoria alcance outras modalidades do pensamento social, como a ideologia e outros eixos de investigação (WAGNER, 1998).

De acordo com Vala (2004),

As representações sociais hegemônicas são equivalentes do conceito de representação colectiva proposto por Durkheim (1983). Designam formas de entendimento e significados largamente partilhados por um grupo fortemente estruturado (uma nação, um partido, uma igreja), e que estruturam um grupo. Estas representações são uniformes, indiscutíveis e coercitivas (por exemplo, a representação do indivíduo como uma entidade autónoma e livre). As representações sociais emancipadas reflectem a cooperação entre grupos, resultam da troca de significados diferentes sobre o mesmo objecto. São modalidades de conhecimento sobre um objeto com

alguma autonomia relativamente aos grupos sociais que estão na sua origem (por exemplo, a representação de doença mental, tal como foi estudada por Jodelet) [...]. As representações sociais polémicas são geradas no decurso dos conflitos sociais, são determinadas pelas relações antagonistas ou de diferenciação entre grupos sociais e reflectem pontos de vista exclusivos sobre um mesmo objeto (por exemplo, a representação sobre as propinas no ensino superior) [p. 462-6, grifo nosso].

Considerando-se a multiplicidade de dinâmicas no tecido social moderno e os avanços na área de estudo, Wagner (1998) ressalta que o emprego da teoria se desdobrou em três eixos (campos) de investigação:

Primeiro, há a abordagem original das representações sociais como conhecimento popular das ideias científicas socializadas. [...] Segundo, há o vasto campo de objetos culturalmente construídos ao longo da história e de seus equivalentes modernos. [...] Terceiro, há o campo de condições e eventos sociais e políticos, onde prevalecem representações que têm um significado a mais curto prazo para a vida social (p. 4).

Este estudo se situa nos dois primeiros eixos. Contudo, não somente se ocupa da socialização e ressignificação das ideias científicas no tecido social, mas, e também, do seu reverso, quando da impregnação do universo reificado por elementos do consensual, isto é, a “[...] significativa **influência das variáveis que operam na vida cotidiana sobre a prática científica**, incluindo por certo as representações sociais do senso comum” (SÁ, 1998, p. 59, grifo nosso). Este entendimento amplia a concepção de senso comum – admitindo uma *relativa equivalência* entre ambos os universos, sem, todavia, desconsiderar que são distintos por definição e natureza – além de representar uma subdivisão do primeiro eixo investigativo.

A TRS tem amparado o caráter sociológico da Psicologia Social de origem europeia e a diferenciado da versão estadunidense de caráter psicológico e abordagem mais cognitivista (VALA, 2004; JESUÍNO, 1998; FARR, 1996). Para Jesuíno (1998),

Pela sua vocação de “pôr em comunicação” os diferentes níveis de análise [intrapessoal, interindividual, intragrupal e intergrupala], pela sua orientação para os estudos das representações [sociais] e pela clara explicitação que propõe da sua própria ideologia [ideologia de mudança social *versus* a estadunidense de mobilidade social], a psicologia social que releva do paradigma europeu parece, pois, reunir melhores condições duma disciplina charneira [“que articula”] e simultaneamente um campo de verificação das hipóteses duma epistemologia complexa (p. 57-58).

Consequentemente, a TRS ou Psicossociologia do Conhecimento (JOVCHELOVITCH, 1998), ainda que apregoe a estreita ligação entre o homem e o meio social, não admite a diluição de um no outro, visto que eles

[...] não são idênticos. [...] **Ao mesmo tempo em que se constrói na relação com um contexto social que encarna o processo histórico, o homem constrói esta realidade através de sua atuação sobre ela [...]**, o que implica dizer que não há uma relação de identidade entre indivíduo e sociedade (ROSA, 1999, p. 146, grifo nosso).

Os estudos representacionais se subdividem em três dimensões de examinação, quais sejam: o nível do fenômeno enquanto objeto de investigação, ou propriamente das RS; o nível teórico como um conjunto de conceitos, postulados e proposições heurísticas que operacionalizam a teoria para a apreensão e análise das RS; e o nível metateórico relativo a debates, refutações críticas e comparações com outros modelos teóricos, bastidores nos quais a validação da teoria é sustentada (OLIVEIRA; WERBA, 2005).

Classicamente,

[...] O conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos geradores e funcionais socialmente caracterizados. **Em sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social.** As representações sociais constituem modalidades do pensamento prático orientados para a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal. Desse modo, apresentam características específicas em nível de organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica. (JODELET, 1986, p. 474, tradução nossa, grifo nosso).

Malgrado as RS se manifestarem e serem majoritariamente apreendidas como elementos cognitivos, tais como imagens e conceitos, Jodelet (1986) esclarece que para a análise e interpretação deve ser inexoravelmente considerado o contexto psicossocial em que são elaboradas, em sua complexidade e multiafetação. Por conseguinte, o estudo de RS não é diretamente relativo ao do imaginário social, uma vez que não se limita à potencialidade do pensamento social e nem da cognição social, porque os agires sociais não são concebidos como decorrentes imediatos do pensamento; senão de objetos que têm relevância ou espessura sociocultural para os sujeitos históricos que as produzem e por ela são orientados (SÁ, 1993). Aqui, parece-nos pertinente que se proceda a uma reflexão sobre a reciprocidade entre

RS e práticas sociais, porquanto este conceito é corriqueiramente aventado nesta pesquisa.

Sumariamente, segundo Wachelke (2012), prática é o ato de se fazer algo; a frequência ou intensidade em que algo é feito; o rigor ao se proceder a uma ação; bem com os diferentes modos de se executar uma mesma ação, sendo que ela não se reduz ao fazer físico, devendo ser, o discurso sobre um dado objeto socialmente relevante, considerado. Nos termos da presente investigação, a proposição de Flament (parafraseado por WACHELKE, 2012), parece-nos pertinente, definindo-a como “[...] um sistema de comportamento que é legitimado socialmente” (p. 04). Outrossim, considerando-se o postulado de que as práticas sociais e as RS são subordinadas ao ambiente – e geralmente são correspondentes – avaliamos ser coerente a preconização de que as RS orientam as práticas sociais quando “[...] um ator social vê-se frente a frente com uma situação envolvendo um objeto social e tem autonomia para agir, livre de restrições fortes; e quando uma situação afetivamente carregada ativa assuntos que são compartilhadas por um coletivo” (WACHELKE, 2012). Portanto, a despeito das inerentes restrições, as práticas sociais serão compreendidas como fazeres socialmente orientados por RS de objetos relevantes a uma dada coletividade.

Notoriamente, a consistência atribuída ao fenômeno das RS é herdeira do conceito de “fato social” empregado por Durkheim (1983), conforme o qual

[...] um fenômeno não pode ser coletivo se não for comum a todos os membros da sociedade ou, pelo menos, à maior parte deles. Sem dúvida; mas ele é geral por ser coletivo (quer dizer, mais ou menos obrigatório), e nunca coletivo por ser geral. É um estado do grupo que se repete nos indivíduos porque se impõe a eles; está em cada parte porque está no todo, não está no todo por estar nas partes. [...] Devemos notar que a imensa maioria dos fenômenos sociais chega até nós por [...] via [da educação]; mas, mesmo quanto o **fato social** é devido em parte à nossa colaboração direta, a sua natureza não muda. **Um sentimento coletivo que surja numa assembleia não exprime apenas o que há de comum entre todos os sentimentos individuais. Há nele algo de diferente, [...]; resulta da vida comum, é um produto das ações e das reações entre as consciências individuais; e, se ressoa em cada uma delas, é em virtude de uma energia especial que se deve justamente à sua origem coletiva. Se todos os corações vibram em uníssono, não é no seguimento de uma concordância espontânea e preestabelecida; é que uma mesma força os move num mesmo sentido. Cada um é levado por todos** (p. 91, grifo nosso).

As RS são formadas a partir de dois processos sociocognitivos maiores que atuam sincronicamente, a ancoragem e a objetivação, que são regulados por fatores sociais (VALA, 2004), permitindo-lhes desempenhar as seguintes funções: de saber, compreender e explicar o mundo; identitária, ao permitir a organização e a manutenção dos grupos; de orientação, porque norteiam os comportamentos e práticas dos indivíduos e coletividades; e de justificação, haja em vista que explicam as tomadas de posição no social (ABRIC, 1998).

Sinteticamente, os processos sociocognitivos podem ser assim definidos:

[A] **Ancoragem** [...] é um movimento que implica, na maioria das vezes, em juízo de valor, pois ancoramos, classificamos uma pessoa, ideia ou objeto e com isso já o situamos dentro de alguma categoria que historicamente comporta essa dimensão valorativa. **Quando alguma coisa não se encaixa exatamente a um modelo conhecido, nós o forçamos a assumir determinada forma, ou entrar em determinada categoria, sob pena de não poder ser decodificado** [por exemplo, a AIDS, em seu surgimento foi ancorada enquanto uma “peste”, mais especificamente “a peste gay” ou o “câncer gay”]. Já a [B] **Objetivação** é o processo pelo qual procuramos tornar concreto, visível uma realidade. **Procuramos aliar um conceito com uma imagem**, descobrir a qualidade icônica, material de uma ideia, ou de algo duvidoso. **A imagem deixa de ser signo e passa a ser uma cópia da realidade**. Um dos exemplos fornecidos por Moscovici refere-se à religião. Ao se chamar de “pai” a Deus, está-se objetivando uma imagem jamais visualizada (Deus), em uma imagem conhecida (pai), facilitando assim a ideia do que seja “Deus” (OLIVEIRA; WERBA, 2005, p.109-110, grifo nosso).

Acerca da regulação dos processos sociocognitivos por fatores sociais, relatamos os seguintes postulados: primeiro, as RS se estruturam consoante os determinantes de um dado contexto social; segundo, a estrutura do social remete a cisões, separações, distinções e clivagens que irão afetar a consolidação das RS; terceiro, as clivagens sociais se dão, minimamente, em dois níveis, o das condições socioeconômicas e o dos sistemas de orientação, estes relativos a metassistemas e opiniões, sendo que os níveis não são nem isomórficos nem colaterais, um não podendo ser reduzido ao outro (VALA, 2004).

Por sua natureza eminentemente sociocognitiva, as RS, uma modalidade prática do pensamento social, constituem-se como um *fenômeno específico* (VALA, 2004), porque se referem ao presente das produções contemporâneas, marcadas pela intensa difusão (mídias) e apropriação dos conhecimentos do universo reificado pelo senso comum, e o reverso (OLIVEIRA, 2011; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; SÁ,

1998); assim como *vasto*, pois à estruturação das quais são utilizados elementos no nível do imaginário social, ideológico e das vivências e comunicações cotidianas (VALA, 2004), o que pressupõe tensões essenciais à sua composição: os *themata*.

Lima (2008), parafraseando Marková, descreve

[...] a existência de '*themata de base*', implícitos na cultura e profundamente enraizados nos indivíduos e no pensamento social (...) [e] que a percepção, o pensamento, o saber e a linguagem são de natureza oposicional; o que significa que são fundados a partir de *taxonomias* [...]. Uma vez que estas taxonomias [liberdade/opressão, moral/imoral] são explicitamente formuladas no pensamento social, elas adquirem significações diferentes segundo diferentes grupos ou classes de indivíduos. **Quando ativas, elas se comportam como *themata*, transformando-se em objeto de desejo, de temores, de ambições e de projeção identitária, tornando-se capazes de gerar representações sociais** (p. 245, grifo nosso).

A autora esclarece ainda que após cair em desuso, o conceito de *themata* foi retomado por Moscovici e Vignaux e adaptado à esfera da Psicologia Social para o estudo da organização, partilha e formação das RS. Para eles, “[...] Cada representação é formada a partir de um esquema funcional fundado sobre antinomias, entretidas pela relação dialética de oscilação entre tensão – integração de teses opostas” (p. 245).

Preconizamos que o conceito de *themata* ratifica os postulados da teoria de que as RS são um fenômeno produzido a partir de processos de caráter sociocognitivo modulado por fatores sociais; são de natureza específica e vasta; bem como conduzem a duas assertivas complementares, uma de ordem teórico-conceitual e outra empírico-teórica. A primeira se refere ao fato de os conteúdos do universo reificado poderem ser norteados por variáveis do universo consensual, do que deriva a segunda assertiva, a validação da hipótese de que o próprio atuar em saúde pode retroalimentar o modelo organicista no qual se tem baseado (OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; BRADBURY, 1999).

Estes entendimentos se valem do significado primordial do conceito de *themata* que foi herdado da filosofia da ciência de Holton (citado por LIMA, 2008). Em seus estudos empíricos, cujos objetos eram a *imaginação* e a *invenção científicas*, o autor identificou o que caracterizava como as “concepções primeiras”

[...] às quais os homens de ciências aderem, [e] que modulam a maneira pela qual a imaginação deles é governada. Trata-se de concepções fundamentais estáveis [pois em geral não se extinguem, declinam-se; e não se renovam, alternam-se], largamente difundidas, comuns a um grande número de cientistas [caracterizam o universo reificado]; que se concretizam em conceitos, métodos ou hipóteses, que orientam a atividades de pesquisa e que não podem ser reduzidas nem à observação, nem ao cálculo. [...] as teorias científicas evoluem graças a um movimento dialético de *thema* opostos [...] facilmente detectáveis por intermédio [...] de “díades antitéticas” [simplicidade/ complexidade, continuidade/ descontinuidade, permanência/mudança, hierarquia/unidade] (p. 244, grifo nosso).

Avaliamos que o *modus* deveras organicista de as ciências da saúde, e dos seus profissionais, conduzirem hermenêuticas e terapêuticas prognostica a manutenção duma forma tenaz de lidar com a morte e morrer, porquanto a legitimação dos postulados científicos deve se pautar na abertura às metateorizações e às atualizações, diferenciando-os diametralmente dos dogmatismos (JESUÍNO, 1998). Sobre este aspecto, conjecturamos que a TRS tem muito a contribuir para o desvelar de orientações do universo reificado por variáveis do universo consensual e implicações.

Considerando as potencialidades da TRS para a análise do modo como se articulam os referidos universos, a presente tese tem como *objetivo principal* o estudo de representações sociais sobre a perda por morte na Região da Grande Vitória/ES. Os dados foram coletados a partir de entrevistas com profissionais de saúde, de enlutados e da análise de artefatos mortuários, visando atingir os seguintes *objetivos específicos*: 1) Analisar representações sociais da dor, da morte e do luto para médicos e enfermeiros de instituições públicas e privadas; 2) Identificar representações sociais da perda veiculadas em obituários e elogios fúnebres; 3) Apreender representações sociais sobre o luto por morte de sujeitos enviuvados.

III INVESTIGAÇÕES

3.1 Representações sociais de profissionais em saúde sobre morte, luto e dor

Resumo

Os profissionais em saúde deliberam sobre questões éticas e técnicas complexas, principalmente nos casos de elevada gravidade ou irreversibilidade. Considerando-se que as representações sociais (RS) elaboradas pelos especialistas no dia a dia da profissão orientam as suas tomadas de posição, o presente estudo analisou RS da dor, da morte e do luto para médicos e enfermeiros de instituições públicas e privadas da Região da Grande Vitória/ES. Participaram 70 sujeitos, sendo 35 de cada área (Medicina e Enfermagem), lotados nos serviços de emergência, pronto atendimento, internação e perícias (somente médicos), de ambos os sexos, independentemente da idade, especialidade e tempo de serviço. Foram aplicados questionários de evocação durante as rotinas de trabalho, sendo solicitada a listagem de cinco evocações aos termos indutores dor, morte e luto, bem como a sua reorganização segundo a ordem de importância e a justificativa para aquela considerada a mais relevante. Após o processamento dos dados pelo *software* EVOC, identificou-se que o núcleo da representação social da dor se consubstanciava nos elementos angústia, doença e sofrimento; o núcleo da representação da morte nos elementos, deus, natural, perda, saudade, sofrimento e tristeza; e o núcleo da representação do luto nos elementos, dor, morte, perda, saudade, sofrimento e tristeza. Os resultados indicam RS marcadas por emoções negativas. Para confrontar a dor, utilizam-se medicamentos; a morte, ativam-se as dimensões espiritual, racional e social; e o luto, o respeito, indicando maior distanciamento do objeto. Concluiu-se que, a despeito da imbricação entre os temas, a lida com a morte e o luto não se mostra diretamente pertencente ao campo de atuação dos especialistas no “corpo vivo”, uma forte tendência à terapêutica medicamentosa, o distanciamento entre os profissionais e a clientela, e uma formação acadêmica carente de conhecimentos tanatológicos.

Descritores: Representações sociais. Profissionais da saúde. EVOC – *software*. Morte, luto e dor – evocações.

INTRODUÇÃO

Do objeto

Contemporaneamente, nota-se uma tendência à desfamiliarização com os processos de morte e morrer (GURGEL, 2008; DESPELDER, STRICKLAND, 2002; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999; KOVÁCS, 1992). Essa ampla inclinação ocidental, consideramos, não deveria idear um passado em que os processos não infligissem dor ou provocassem alguma desestruturação psicológica dos sujeitos na experiência, muito menos que eles fossem sempre zelosos e pacientes com os seus moribundos (ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999), como sugerido por Ariès (2003)⁹.

Entendemos que a principal diferença entre as sociedades pré-industriais, de natureza comunitária, e as avançadas, de natureza individualista, é que naquelas o envelhecimento e a morte são expressivamente suportados pelas coletividades, sendo eventos mais públicos envolvendo familiares, parentes e vizinhos. E nas pós-industriais, de maior desenvolvimento sócio-urbano, o Estado, e as suas agências, interfere mais competentemente na mediação das relações inter e intragrupais, por conseguinte, coopta o gerenciamento de questões de proteção e suporte à vida (KOURY, 2002; ELIAS, 2001). O trato da saúde, dos corpos e dos sepultamentos, que costumeiramente se vinculava ao domínio familiar e comunitário, passa à incumbência dos “especialistas da vida”, médicos e enfermeiros, e aos da “morte”, médicos legistas, agentes funerários e coveiros (GURGEL, 2008; CASTRO, 2007, KOVÁCS, 2003; DESPELDER, STRICKLAND, 2002; BRADBURY, 1999).

⁹ Para Elias (2001), a despeito da grande erudição demonstrada na obra de Ariès (2003) *História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias*, esta careceu de suporte teórico à análise da evolução da lida com a morte e o morrer no ocidente, o que conduz leitores à ideia evidente de que “antes” aceitávamos a morte e “hoje” não. Ariès (2003), quando da publicação de seu trabalho, enunciou que atualmente (décadas de 1960-70) as investigações sobre os ritos mortuários e o luto parecem ter atingido os estertores, tendo sido voltado o foco, da Sociologia e Psicologia, para a natureza do tratamento dado aos moribundos e familiares, e o *modus faciendi* dos médicos e equipes nos hospitais. Bradbury (1999) indicou que essa tendência seguiu-se em relação à Psicologia e Psiquiatria, e, conjecturamos, permanece. Ultrapassa os limites deste estudo o aprofundamento na questão. Contudo, parece-nos necessário ressaltar que concordamos e entendemos ser atual a assertiva de Ariès (2003), bem como preconizamos que investigações de natureza psicossocial, que analisem os aspectos socioculturais da morte e do morrer ainda, são cruciais ao mais acurado conhecimento das temáticas.

Paulatinamente, o lugar ideal para se cuidar e morrer foi sendo transferido do lar para os hospitais, nos quais o *timing* da morte se torna impreciso devido às tecnologias aplicadas à saúde, podendo ser: postergado (distanásia); adiantado (eutanásia); e o “tempo certo” (ortotanásia) cada vez mais difícil de ser definido (KOVÁCS, 2003). E, desse contexto, deriva-se a mistanásia, ou morte solitária (GURGEL, 2008).

A tecnologia altera o “tempo da morte” e provoca o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de mortalidade, ainda que, contemporaneamente, observemos picos de mortes criminais e por miséria. Por outro lado, retrai do tecido social a habilidade secular de lidar com a perda por via de ritos de passagem e enfrentamento e costumes (CONCEIÇÃO 2009; XU, 2007; GIACOIA JÚNIOR, 2005; TORRES, 2006; DESPELDER, STRICKLAND, 2003; CHALCO, 2001; QUEIROZ, 1983). Há sempre perdas e ganhos nos avanços civilizatórios¹⁰, por essa razão Elias (2001) pondera que

[...] a vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa [e quase sempre inevitável]; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial. **Porém, em todos os casos, a participação dos outros na morte de um indivíduo era muito mais comum.** Hoje sabemos como aliviar as dores da morte em alguns casos; angústias de culpa são mais plenamente recalcadas e talvez dominadas. Grupos religiosos são menos capazes de assegurar sua dominação pelo medo do inferno. **Mas o envolvimento dos outros na morte de um indivíduo diminuiu.** Como em relação a outros aspectos do processo civilizador, não é fácil equilibrar custos e benefícios. **Mas o quadro preto e branco pintado com o sentimento do “bom passado”, “mau presente” não serve a qualquer propósito** (p.23-24, grifo nosso).

Outrora, a morte era abordada socialmente de modo mais aberto e comumente vivenciada por todos e a qualquer tempo, não havendo a sua associação a grupos etários ou socioeconômicos. As xilogravuras do século XV europeu, da Dança Macabra, retratam “[...] a morte que arrasta consigo as pessoas de qualquer profissão, de qualquer idade” (HUIZINGA, 2010, p. 221-22), a citar: o Papa, o Imperador, o Cardeal, o Rei, o Arcebispo, o Cavaleiro, o Nobre, a Abadessa, o Negociante, a Dama da Nobreza, a Megera e o Irmão laico.

¹⁰ Para detalhes da teorização do processo civilizador, ver: ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro, Zahar, 1993, tomo 2.

Notadamente no decurso do século XIX, foi elaborada a concepção de que o pensamento mágico-religioso é uma mistificação, em oposição à precisão do pensamento científico. A edificação dessa compreensão recebeu grande cooperação da Sociologia e da Antropologia (MASS, 2007; DURKHEIM, 1983), e, concomitantemente, da Medicina higienista (CASTRO, 2007; ARIÈS, 2003).

Esta antinomia concebe o pensamento contemporâneo como uma modalidade sociocognitiva pragmática e objetiva. Contudo, Elias (2001) avalia que antes de o pensamento atual ser mais racional, por exemplo, em relação à morte e morrer, deve ser considerada a contextura em que esse (auto)controle do homem se funda, porque

[Argumentar] (...) que as pessoas se tornaram mais “racionais” ou, em linguagem simples, mais sensatas que em tempos anteriores [...] É uma autovalorização que dificilmente faz jus aos fatos. Só se começa a entender a mudança referida pelo conceito de racionalização quando se reconhece que uma das mudanças por ele acarretadas é o aumento do conhecimento social orientado para os fatos, conhecimento capaz de conferir uma sensação de segurança. **A expansão do conhecimento real e a correspondente retração do conhecimento fantasioso andam de mãos dadas com o aumento do controle efetivo dos acontecimentos que podem ser úteis às pessoas, ou dos perigos que podem ameaçá-las.** A idade e a morte estão entre estes últimos (p. 89, grifo nosso).

A percepção de *segurança* fomentada pelo aumento da longevidade e pela atenuação ou cura de patologias pelas tecnologias em saúde, proveem fortes *imprintings culturais* (MORIN, 1998) que são massificados por instituições como a família e a educação. Sem embargo, Elias (2001) arrazoa que a adesão ao racionalismo se dá na medida em que se mantém adequado às demandas das coletividades. Doutro modo, como quando da desestruturação interna e externa de países e regiões, crises agudas e crônicas no sistema de saúde local, ou períodos extensos de guerras e consequentes privações, pode haver o realce das (sempre) coexistentes explicações metafísicas.

Há também que se considerar que o tempo cronológico e o social não são necessariamente sincrônicos, sendo uma das marcas do pensamento contemporâneo a efemeridade e a pluralidade de suas produções e inserções. Por tal, coexiste uma multiplicidade de arranjos e práticas sociais num mesmo período histórico (VALA, 2004; JODELET, 1986).

Mesmo que consideremos, por um lado, que a desfamiliarização e a desnaturalização da morte são tão intensas quanto forem as modificações que o *capital* exerce nas estruturas essenciais das sociedades (economia, comércio, educação, segurança, política e saúde) [ARIÈS, 2003]; por outro, há de se atentar que mesmo numa sociedade moderna a sobrevivência de costumes, religiosos ou não, (SUZUKI JR., 2008; XU, 2007; FULGHUM, 1995, QUEIROZ, 1983; KOURY, publicação *online*) pode amainar a tendência de esvaziamento social da morte (desfamiliarização), pois a cultura é capaz de sofrer alterações e de se adaptar. É na história de cada sociedade e nas respostas apresentadas às questões relevantes (JODELET, 1986) que estão os indícios para o entendimento da dinâmica social da morte.

Arrancos e recuos, prós e contras são comuns no processo civilizatório, entendido como o estágio de desenvolvimento organizacional do Estado e das mediações exercidas por suas instituições na sociedade. Por conseguinte, deve ser analisado o que mudou, como mudou e como essas mudanças afetam os grupos (ELIAS, 2001). A comparação entre sociedades nunca é simples, como atesta Durkheim (1983).

Visto que o pensamento contemporâneo ocidental é deveras influenciado pela ciência (BRADBURY, 1999; ELIAS, 2001), na área de saúde, o direito decisório dos pacientes e familiares, isto é, as suas demandas que muitas vezes são mediadas por crenças religiosas e tradições, podem ser negligenciadas (OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; LAGO et al., 2007). Segundo GURGEL (2008), isso se agrava nos países de economia periférica, porque

Ao passo que nos países capitalistas centrais a questão da garantia à dignidade humana dos moribundos tem passado pelo respeito à sua individualidade, nos países periféricos, essa questão deve ser ampliada. Pois, como se pode falar em autonomia quando não há escolhas? [...] **Como se pode falar de autonomia quando para muitos latino-americanos, escolher a forma como vai morrer é um luxo?** Aqui, as desigualdades sociais acentuadas ceifam as vidas antes do tempo, permitindo-nos falar de uma morte fora de hora [...] (p. 204-5, grifo nosso).

O modelo organicista da medicalização e patologização da saúde, que diretamente afeta a lida com a morte e o morrer, quando equalizado pela variável (des)nível social, pode distar ainda mais as práticas em saúde das do senso comum (ciência

versus senso comum), agravado pela baixa qualidade infraestrutural e reduzido quantitativo de profissionais (ESTEBAN, 2012; OLIVEIRA, 2011; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; CAMPELOS, 2006; COUTINHO, TRINDADE, 2006; NEUBERN, 2000; BRADBURY, 1999). Esse quadro pode ocasionar problemas às equipes multidisciplinares e à clientela, haja em vista que o confronto doença *versus* cura pode provocar ansiedade e sentimento de fracasso às equipes, quando nem sempre todas as *respostas* aos problemas são verdadeiramente solicitadas pelos clientes: o diálogo franco e a democratização do poder entre as partes muito provavelmente é o que se espera. Entretanto,

[...] apesar dos avanços técnico-científicos e do aumento da esperança de vida, **a morte continua e continuará a ser uma ameaça ao sentimento de onipotência do homem, e no caso dos enfermeiros [e médicos] do sentimento de fracasso.** Da mesma forma, denota-se que os níveis de ansiedade são consideráveis quando o tema central é a morte e que os profissionais de saúde que lidam mais diretamente com a morte a percebem mais como sofrimento e solidão. **Em termos mais genéricos fica a intuição que a morte é sentida como algo desconhecido e um ato de coragem, logo envolta de mistério e luta,** o que leva a considerar uma grande associação entre o pensamento da morte e o sentimento de ansiedade e medo da mesma (CAMPELOS, 2006, p. 89, grifo nosso).

O acima exposto sugere que a natureza e qualidade da formação acadêmica é um tenaz agravante do quadro em discussão e pode lançar luz à análise da inadequada relação entre profissionais de saúde e clientes, da corrente ortodoxia nas práticas terapêuticas (obstinação terapêutica) e da dificuldade de transição do *modus operandi* tradicional a um “paradigma complexo” (OLIVEIRA, 2011; NEUBERN, 2000; MORIN, 1998) que tome em conta não somente os aspectos normativos e tecnológicos, mas também afetivos e dos costumes (demandas sociais) nas ações institucionais (OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; LAGO et al., 2007; NEUBERN, 2000). A focalização em saúde no tratamento medicamentoso do “corpo vivo” tende a fazer com que os elementos de ordem sociocognitiva e psicossocial sejam inobservados (OLIVEIRA, 2011; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; CAMPELOS, 2006; GURGEL, 2008; COUTINHO, TRINDADE, 2006).

Esteban (2012) avalia que a formação profissional em Medicina (residência médica) já contribui à manutenção dum *modus operandi* focado na antinomia saúde/doença e *faciendi* que dificulta ultrapassar a barreira do tecnicismo e integrar ações humanistas ao cotidiano da profissão. Mais que “um não querer”, paradoxalmente,

trata-se “dum não saber fazer” em contextos extremos. Desvela-se uma ciranda iniciada na educação profissionalizante e que se estende para a própria prática profissional, e vice e versa. Para o autor,

O confronto com a morte, os moribundos e o sofrimento é uma realidade cotidiana para os médicos em sua prática clínica. A morte é um dos problemas essenciais do homem, diante da qual se apresenta um intenso temor, e os médicos como homens que são, também sentem esses temores, por isso não podem enfrentá-la com serenidade. **Apesar da importância desses aspectos em suas atividades clínicas, essa problemática tão complexa não é abordada durante a formação, nem na carreira de medicina, nem durante os estudos da especialidade. As carências na formação se evidenciam quando o médico tem que lidar com suas atividades nessas circunstâncias humanas, fazendo-as mais dolorosas e angustiantes.** A morte do paciente está muito presente nas atividades dos profissionais e lhes gera sentimentos muito diversos, dentre os quais a impotência e a culpa, que podem ser reprimidos, tornar-se inconscientes e se manifestar através de sintomas somáticos ou psíquicos (p 69-70, tradução nossa, grifo nosso).

Como consequência, tem-se um universo reificado cujas atividades científicas e saber teórico-conceitual são de caráter híbrido, porque permeados por variáveis do universo consensual. Parece-nos coerente supor que a inoperância dialogística é um indicativo desse não saber lidar com os contextos extremos ou terminais, e que por ocasião da responsabilidade e da reputação socialmente referendada dos profissionais, não lhes é psicossocialmente outorgada a assunção das limitações como, ser, profissional e cientista (BRADBURY, 1999; MORIN, 1998). Ou seja,

Dessa teia de relações simbólicas e comunicativas no campo da saúde participam tanto o saber reificado, quanto o saber do senso comum. [...] **Esse saber prático, construído pelos profissionais da saúde, é do tipo híbrido, apoiado, ao mesmo tempo, nas representações comuns por eles constituídas ao longo da sua história de vida e, ao mesmo tempo, em um conhecimento reificado fragmentado,** em conteúdos que podem ser utilizados na resolução de problemas cotidianos, de tipo menos rígido do que o conhecimento reificado e com maior capacidade de adaptação às exigências do cotidiano profissional (OLIVEIRA, 2011, p. 614, grifo nosso).

A partir do exposto, formalizamos como objetivo deste estudo apreender representações sociais sobre a dor, a morte e o luto para profissionais da saúde – médicos e enfermeiros – que trabalham em instituições públicas e privadas da Região da Grande Vitória, principal área urbana do Estado do Espírito Santo. Considerando-se as inúmeras atribuições e responsabilidades dos especialistas, e o panorama social maior no qual se inserem as áreas institucionais e profissões,

questionamos: que representações sociais os profissionais em saúde têm elaborado sobre a dor, a morte e o luto durante o labor? Qual a sua natureza e as implicações aos serviços prestados?

Da teoria

Consoante Oliveira (2011), nas duas últimas décadas tem havido um aumento no interesse das ciências não médicas ao emprego da Teoria das Representações Sociais (TRS), notadamente pela área da Enfermagem. A autora sugere que isso se apoia no fato de a teoria contemplar, em seus postulados, a relevância de se considerar as necessidades humanas segundo um entendimento dialógico, vinculando o sujeito, o grupo e as práticas sociais. Por tal, a TRS instila, *a priori*, revisões à ortodoxia do modelo organicista ocidental da saúde, em direção a um fazer científico para além das antinomias saúde/doença e profissionais/clientes, validando um *modus* mais articulado entre os saberes reificado e consensual (MORIN, 1998; NEUBERN, 2000). Tendo em vista o objetivo da investigação, empregamos a TRS como arsenal teórico e de orientação heurística deste estudo.

Conforme Jodelet (1986), o conceito de representação social

[...] designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos geradores e funcionais socialmente caracterizados. **Em sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social.** As representações sociais constituem modalidades do pensamento prático orientados para a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal. Desse modo, apresentam características específicas em nível de organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica. (p. 474, grifo nosso, tradução nossa).

As representações sociais (RS) são os equivalentes atuais dos sistemas de crenças metafísicos de sociedades tradicionais (OLIVEIRA; WERBA, 2005); contudo, são somente equivalentes, pois as representações com as quais a teoria se ocupa são aquelas que emergem de produções contemporâneas, elaboradas no campo político, científico e dos fazeres cotidianos, e que, muitas vezes, carecem de tempo para se tornar tradições (VALA, 2004). Por essa razão, são elaborações

psicossociais de natureza composta, porque específicas ao mesmo tempo em que vastas.

São específicas, visto que pertencentes a um período da história em cuja ciência, ou *universo reificado*, fornece construtos às explicações da realidade, que são apreendidas pelo senso comum, ou *universo consensual*, reorientando-as para a produção dos seus próprios entendimentos. E, são vastas, pois no intenso fluxo de produções científicas e comuns, as RS ainda absorvem elementos do imaginário social, ideologias e costumes em voga, sempre segundo os desígnios do tempo social, ou *episteme*.

Em sua abordagem estrutural, as RS são compostas por um duplo sistema, central e periférico, que atua como uma entidade, desempenhando funções específicas e complementares (ABRIC, 1998). O núcleo central, mais estável e de essência sócio-histórica, contém a identidade, a coalizão social e orienta a periferia representacional. Portanto, a comparação entre RS somente pode ser feita a partir dos seus núcleos. A periferia, mais flexível, admite contradições e operacionaliza os saberes e as práticas sociais, ao mesmo tempo em que protege o núcleo. Por consequência, como uma modalidade do pensamento social prático orientada à comunicação e ao agir (JODELET, 1986), elas desempenham as seguintes funções: de saber, compreender e explicar o mundo; identitária, permitir a organização e manutenção de grupos; de orientação, orientar os comportamentos e práticas sociais; e de justificação, justificar as tomadas de posição dos sujeitos (ABRIC, 1998).

MÉTODO

O estudo tem como sujeitos 70 participantes, dos quais 35 são enfermeiros e 35 são médicos. Estes profissionais foram entrevistados nos próprios lugares de trabalho. São especialistas que atuam em serviços de emergência, de pronto atendimento e de internação de três hospitais da Grande Vitória (dois particulares e um público), postos de saúde da cidade de Vila Velha e do Departamento Médico Legal (Vitória/ES). Nesse último, somente médicos foram entrevistados.

Demograficamente, são sujeitos de ambos os sexos, de várias idades, especialidades e tempo de serviço.

Foram aplicados questionários de evocação durante as rotinas de trabalho, sendo solicitada a listagem de cinco evocações aos termos indutores morte, luto e dor, bem como a sua reorganização segundo a ordem de importância e a justificativa para aquela considerada a mais relevante. Para a análise, os dados das duas categorias profissionais foram considerados em conjunto, devido à forte conexão entre as profissões (NASCIMENTO; ROAZZI, 2007), bem como por terem sido coletadas informações no âmbito do serviço, quando diálogos sobre as atividades são corriqueiros, fomentando-se normas e conceitos característicos das instituições e equipes, contendo ideias ativas das experiências diretamente vivenciadas e que podem ser comuns intra e entre os grupos aos quais os entrevistados pertencem (GASKELL, 2002).

Os dados foram processados pelo *software* EVOC, que combina os critérios de frequência (freq.) e ordem média de importância (O.M.I), e sugere os elementos considerados centrais e periféricos de uma RS pela construção dum quadro de quatro casas, sendo que: o primeiro quadrante (superior esquerdo) contém os elementos centrais; o segundo quadrante (superior direito) os da primeira periferia; o primeiro quadrante inferior (esquerdo) os da *zona de contraste*; e o segundo quadrante inferior (direito) os elementos da segunda periferia. A zona de contraste pode indicar a presença de um grupo minoritário – e originar uma RS distinta – ou reforçar os sentidos da primeira periferia representacional (OLIVEIRA et al., 2005).

Ressaltamos que os entrevistados apresentaram as suas respostas na seguinte ordem de termos indutores: [1] morte, [2] luto e [3] dor (anexo). Posicionar o termo dor no fim do questionamento visou retirar os respondentes da zona de conforto, haja em vista que partimos da premissa, indicada pela literatura (ESTEBAN, 2012; CAMPELOS, 2006; BRADBURY, 1999), da forte tendência tecnicista e medicalizante de ambas as áreas de conhecimento, e de a morte e o luto representarem desafios. E, por estarmos destacadamente interessados na análise da perda por morte física (a perda real e não a simbólica), conjecturamos que iniciar

as entrevistas com o termo indutor morte talvez tenha direcionado o foco das percepções dos sujeitos para o nosso objeto de interesse.

RESULTADOS

A seguir, apresentaremos a análise dos dados fornecidos pelo programa informático EVOC. Tratamos de empregar expressões que traduzissem, com objetividade, a natureza dos termos evocados e os seus sentidos na grade de significados (quadro de quatro casas). Destacaremos duas expressões de emprego corrente na análise dos três termos indutores e que guardam particularidades hermenêuticas: afetivo-descritiva e físico-explicativa. Outras expressões constam das explanações, todavia, entendemos serem autoexplicativas.

A expressão afetivo-descritiva se refere a evocações cujos sentidos têm um caráter mais afetivo e qualificador na representação. Por exemplo, sofrimento, angústia e tristeza, segundo nossos critérios, têm essa natureza por sugerirem, denotativamente e pelos costumes, contextos interiores aos seres, à subjetividade e à conceituação. Já a expressão físico-explicativa se refere a evocações cujos sentidos têm um caráter mais material e explanatório na representação. Por exemplo, doença e dor, segundo nossos critérios, têm essa natureza por sugerirem, denotativamente e pelos costumes, explicar os seres eles próprios, de modo mais objetivo. Contudo, o esforço conceitualista é didático, visto que não raro identificamos a sobreposição de emoções e explanações nas ponderações dos sujeitos. Veem-se: “angústia, a pior dor emocional”; “sofrimento, sinônimo de dor”; “doença, algumas feridas provocam dor, sejam elas psíquicas ou orgânicas”.

Do ponto de vista da TRS, poderíamos dizer que a coexistência dos conceitos (expressões) à constituição das representações expressam os dois processos (maiores) de formação de RS: a ancoragem e a objetivação (OLIVEIRA; WERBA, 2005). Por esta senda, a expressão afetivo-descritiva estaria para a ancoragem (classificação dum objeto numa categoria preexistente, atribuindo-lhe um valor) e a físico-explicativo para a objetivação (quando se alia um conceito a uma imagem, dando-lhe realidade). Nota-se que, assim como é postulado pela TRS, os processos

demonstraram complementaridade, concorrência e (certa) autonomia nos resultados, reforçando a qualidade charneira e complexa da teoria e do seu fenômeno (JESUÍNO, 1998; MORIN, 1998).

Para Campos e Rouquette (2003), a abordagem estrutural, por definição, não compreende as RS como processos e eventos de caráter meramente cognitivo, tal e qual postulado por Jodelet (1986), referência de outro ramo dos estudos em representação social: a abordagem processual. Igualmente, não se concebe que há primazia entre os aspectos cognitivo e afetivo, ou o revés. As RS são tidas como estruturas trespassadas por distintas dimensões, não sendo a dimensão afetiva uma estrutura paralela, tampouco secundária, porquanto uma representação pode ser ativada de maneira mais normativa ou funcional e podem ser ativados elementos com elevada ou baixa carga emocional (WACHELKE, 2012).

As justificativas das evocações consideradas mais relevantes serviram de orientadoras às inferências e foram citadas nos resultados, entre parênteses e aspas, para enriquecer e validar a reflexão. O uso de dicionário e juízes neutros foi deveras importante para os contextos de grande ambiguidade semântica e de difícil atribuição de significado.

Representação social da dor

<i>Freq. Med</i>	<i>O.M.I < 3</i>	<i>Freq. O.M.I</i>	<i>O.M.I ≥ 3</i>	<i>Freq. O.M.I</i>
≥ 15	angústia doença sofrimento	29 2,966 34 2,559 58 2,241	ajuda desespero limitação remédio tratamento	22 3,409 25 3,120 17 3,235 35 3,286 15 3,267
< 15	aprendizado deus medo	13 2,923 3 1,667 14 2,786	choro morte natural perda sentimento solidão tristeza	9 3,000 8 3,500 13 3,154 14 3,429 6 3,167 10 3,800 14 3,357

Figura 1. **Quadro de quatro casas** das evocações livres sobre o tema dor para profissionais de saúde.

O *núcleo central* da representação da dor teve como constituintes dois componentes de caráter afetivo-descritivo, “angústia” e “sofrimento”, e um físico-explicativo, a “doença”. Todavia, ressaltamos, pelo conjunto das evocações, que “sofrimento” é uma evocação de sentido ambíguo, tanto se referindo ao corpo quanto à afetividade. Já “angústia” (um aperto) e “sofrimento” (dor física e psicocognitiva) possuem uma forte significação material – tanto em relação ao conjunto das evocações (sentido conotativo) quanto ao vernáculo (sentido denotativo) – e, combinados ao componente “doença”, indicam a expressiva natureza física do objeto: sofre-se intensamente na carne, pois o corpo está enfermo. O núcleo descreve a dor como um sofrer que se consubstancia na doença, sugerindo a sua medicalização.

A *primeira periferia* revela que a dor “desespera” (desestabiliza) quem a sente, dada a fragilidade e dependência (ajuda) provocadas pela “limitação” física. Sem embargo, em sendo uma doença do corpo, terapias medicamentosas (remédio e tratamento) podem ser implementadas. A primeira periferia ratifica a orientação nuclear de que a dor é uma disposição física, orgânica (“remédio”, freq. 35 e “tratamento”, freq. 15). Em se tratando de “dor”, a representação sugere que há o que ser feito em meio a tanto estresse e sofrimento: a terapêutica medicamentosa.

Na *zona de contraste*, nota-se a oposição entre os reveses afetivo e físico do “medo” e o caráter positivo, psico-afetivo, do “aprendizado”: a dor ensina. Destacamos a baixa expressividade da dimensão físico-metafísica (deus), o que não inviabiliza a possível conectividade com o componente “ajuda” da primeira periferia. Entretanto, o

sentido sócio-intervencionista da evocação “ajuda” sugere se sobrepor à significação metafísica. Esta área representacional fornece a pista de uma clivagem no olhar dos especialistas: a dor ensina, pois com ela ou se aprimoram as habilidades técnicas ou ensina a ambos, o paciente e o profissional, a lidar com a finitude humana. Possivelmente antes de antíteses, dada a possibilidade de franco vínculo afetivo entre ambos, as duas interpretações são complementares. E o medo, refere-se, igualmente, ao do paciente em sua fraqueza bio-psico-fisiológica ou do profissional em sua limitação técnico-científica. Conjecturamos que, em relação à doença, quando o profissional tem como atuar academicamente por via das terapias medicamentosas, a sua posição, ainda assim, continua frágil, pois a cura é incerta.

A *segunda periferia* mantém a coexistência entre as características afetiva e física: “perda”, “tristeza”, “solidão” e “morte”, “choro” e “natural”. “Natural”, além de reforçar o caráter físico do objeto, indica, mais abertamente, as contribuições dos conteúdos reificados da formação profissional para a composição representacional.

Representação social da morte

<i>Freq. Med</i>	<i>O.M.I < 3</i>	<i>Freq. O.M.I</i>	<i>O.M.I ≥ 3</i>	<i>Freq. O.M.I</i>
≥ 13	deus	36 2,889	descanso	21 3,333
	natural	36 2,833	dor	27 3,148
	perda	40 2,575		
	saudade	25 2,960		
	sofrimento	22 2,773		
	tristeza	42 2,738		
< 13	família	9 2,000	angústia	9 3,333
	medo	12 2,750	choro	10 3,400
			desconhecido	5 3,000
			desespero	10 3,600
			imprevisível	3 3,667
			luto	10 4,400
			ritos	8 4,000

Figura 2. **Quadro de quatro casas** das evocações livres sobre o tema morte para profissionais de saúde.

O *núcleo central* da RS da morte é composto por uma ampla gama de componentes, desvelando a natureza complexa do objeto, que implica variados entendimentos, desdobramentos e (re)ações. A morte foi associada à intensa “tristeza” (despotencialização), “sofrimento” (dor) e “saudade” (por privação) pela “perda” (a própria privação) de um ente querido. Notadamente constituída por um elenco de componentes negativos, afetivo-descritivos, a representação também fortemente se consubstanciou no componente físico-explicativo de natureza ambígua (físico/afetivo) “perda”. Muito possivelmente devido à natureza fatalista do objeto, o núcleo central de sua representação arregimentou elementos considerados cruciais à lida com a morte: a natureza físico-metafísica do elemento “deus” e a físico-explicativa “natural”.

Similarmente à RS da dor, a da morte tem uma forte natureza física, no entanto, diferenciando-se daquela, dado o seu caráter irreversível: quem vai, não volta! Tal fatalismo pode justificar o porquê de as dimensões afetivo-descritiva e físico-explicativa se sobreporem (similar peso em frequência e ordem média entre “deus” e “natural”): a irreversibilidade da perda pode provocar tamanho desalento que cria a necessidade de um grande investimento em manobras lógico-metafísico-explicativas para mitigar os efeitos constrangedores (fracasso profissional) e deletérios (instabilidade psico-afetiva do profissional) comuns à experiência: diante da morte, técnico-cientificamente não há mais o que se fazer.

Na *primeira periferia*, a intensa “dor” é mitigada pelo componente de conotação lógico-metafísico-explicativa “descanso”. “Descanso” fornece pistas de ser, em consonância ao núcleo, uma estratégia de enfrentamento do profissional que, diante da inoperosidade de qualquer ato em relação ao paciente, atua em relação aos sobreviventes fornecendo apoio afetivo e explicativo, por atos e palavras: “descansou da dor”.

A *zona de contraste* da RS da morte opõe o componente negativo, afetivo-descritivo, “medo”, ao positivo, físico-intervencionista, “família”, dinâmica similar à da zona de contraste da RS da dor. Considerando-se a zona de contraste em sua relação com a segunda periferia, as evocações “medo” e “família” sugerem o início da mudança da atitude cognitiva dos profissionais: o foco se desloca do paciente para os sobreviventes, mas, e também, pode, no elemento “medo”, desvelar o que a RS da dor também aponta: o risco constante de lidar com o fracasso.

A *segunda periferia* segue a tendência nuclear de oposições físico-afetivas. Contudo, ressalta-se “luto” que sugere uma avaliação mais técnica dos profissionais sobre a perda: do que não mais lhes cabe (isto é, cuidar) e daquilo que os sobreviventes irão passar (“luto”, “ritos” e “desespero”). Esta área do campo representacional parece tanto exprimir o que se passa com a clientela quanto com a vida profissional e pessoal dos especialistas, indicados pelos elementos “desconhecido”, “imprevisível” e “ritos” (cultura).

Representação social do luto

<i>Freq. Med</i>	<i>O.M.I < 3</i>	<i>Freq.</i>	<i>O.M.I</i>	<i>O.M.I ≥ 3</i>	<i>Freq.</i>	<i>O.M.I</i>
≥ 17	dor	23	2,783	choro	18	3,000
	morte	17	2,059	período de adaptação	20	3,100
	perda	28	2,464	preto	18	3,389
	saudade	18	2,722			
	sofrimento	22	2,318			
	tristeza	45	2,689			
< 17	lembrança	9	2,444	angústia	9	3,667
	respeito	15	2,733	apoio	12	3,583
				conflito	8	4,000
				introspecção	15	3,133
				normal	8	3,750
				solidão	16	3,000
				tradição	16	3,625

Figura 3. **Quadro de quatro casas** das evocações livres sobre o tema luto para profissionais de saúde.

O *núcleo central* da RS do luto, similarmente ao da RS da morte, arregimentou inúmeros elementos à sua significação, possivelmente por se tratar dum contexto limítrofe. Sem embargo, os elementos afetivo-descritivos se sobrepõem aos físico-explicativos: o luto é uma profunda “tristeza” que gera um intenso estado de desorganização interior representados pelos elementos “sofrimento” e “dor”. Distintamente das RS da morte e da dor, “sofrimento” e “dor” ganham, na do luto, um sentido fortemente afetivo-descritivo e sugere se referir ao sentir de quem perde, “que se faz no corpo” devido ao “rompimento da alma”: o corpo desvela o pesar, mas é o estado afetivo e psicocognitivo que está em questão. O elemento “morte” indica a ideia de perda real. As RS da morte e do luto guardam grande conexidade, dado que o luto, consoante às evocações, é a consubstanciação da perda irreversível (morte), e do fracasso e instabilidade afetiva do profissional. A “saudade” pode traduzir tanto o entendimento técnico do período ulterior a ser enfrentado pelos sobreviventes, quanto a quebra da vinculação afetiva com pacientes e familiares.

A *primeira periferia*, consoante o núcleo central, mantém o prevalectimento de elementos de natureza afetivo-descritiva, “choro”, que evoca o forte sentimento nuclear de “tristeza”, e expressa de modo mais técnico o que o “outro” terá de implementar para a lida com a perda: “preto”, relacionado aos ritos mortuários e à adaptação à nova vida (“período de adaptação”). Sugere-se que o “luto” é o que cabe ao “outro”, porque, neste momento, o paciente se foi e a tristeza e a forma de lidar com a perda não mais está no âmbito das instituições de saúde, senão a cargo dos sobreviventes.

Enquanto a RS da dor dá indícios da prática da profissão, a da morte descreve o contato entre profissionais e clientes para se construir uma, talvez protocolar, justificação da perda, através da ciência ou da religião. A fala, *“Médico! Aquela pessoa aparentemente educada que revela os horrores da existência humana através da decadência do corpo”*, colhida do filme “Estamos juntos”¹¹, bem ilustra a nossa reflexão. Contudo, a RS do luto marca o terceiro momento: quando a saúde institucionalizada e a competência profissional dos médicos plantonistas/assistentes e enfermeiros perde efeito. Cabem-lhes somente os protocolos éticos e burocráticos e entram em cena outras instituições como o DML, agências funerárias e cemitérios.

A *zona de contraste* ratifica a primeira periferia, haja em vista que restam aos profissionais as ações de natureza afetivo-descritiva: “lembança” e “respeito”, com realce para o respeito, atitude que se espera de um bom profissional. Em relação ao elemento “lembança”, sugere-se explicitar tanto o caráter pessoal (vinculação com o paciente) quanto profissional (experiência de trabalho) sobre a experiência da perda.

Por fim, a *segunda periferia* abre um leque de significados da RS do luto, mesclando elementos de natureza afetivo-descritiva e físico-explicativa. Os elementos “normal” e “tradição”, de caráter físico-explicativo, dão indícios de serem imbuídos dum significado mais técnico, reforçando o sentido de “respeito” na zona de contraste e de “período de adaptação/preto” na primeira periferia. Os demais elementos de caráter afetivo-descritivo, dentre os quais “apoio” e “solidão”, indicam “o que se sabe sobre o que o ‘outro’ passará” e “do que necessitará”. Parecem reafirmar que já se trata dum momento em que não mais cabe a atuação profissional.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam conexidade entre as RS da morte e do luto, talvez por se referirem a contextos limítrofes nos quais a atuação dos sujeitos perde eficácia, segundo a lógica organicista em saúde que prima pela medicalização e tecnicismo terapêutico. Enquanto a RS da dor sugere que práticas em saúde têm eficácia, pois

¹¹ Disponível em <http://www.estamosjuntosofilme.com.br/>. Último acesso em 28.06.2012.

se consubstancia na doença e na medicalização, a RS da morte desvela o contato *ainda* existente entre profissionais e clientes, talvez pelo esforço em se justificar a perda (e o fracasso), quer através da ciência quer através da religião. Entretanto, a RS do luto demarca o maior distanciamento entre os envolvidos, porquanto a atuação profissional perde o seu efeito.

Inferimos que o discurso tradicional da área de saúde orienta práticas profissionais que posicionam a saúde como antinomia da doença – a dor como patologia – e, nesse panorama, a morte e o luto como temas que não lhes cabe tratar, porque suas atividades se vinculam ao “corpo vivo”, cabendo o pós-morte aos trabalhos dos especialistas da morte, no presente, para os médicos legistas (DML).

Para Bradbury (1999), a força dessa lógica é mantida pela própria circulação do discurso dos profissionais em saúde no âmbito institucional, pela contínua difusão midiática dos discursos científicos e pelo senso comum que se apropria de ambos os discursos. A fidelidade ao modelo (lógica), segundo a autora, pode viabilizar tanto aos profissionais quanto aos clientes um suposto controle sobre os efeitos deletérios da dor, com base no entendimento de que a terapêutica medicamentosa poderá, nos casos terminais, promover uma “boa morte” pela analgesia.

Alienados da morte, dado que episódios de privação como a guerra, o genocídio e a morte súbita (prematura ou inesperada) dum ente querido, comparativamente a estágios anteriores do desenvolvimento humano, são estatisticamente menos frequentes na atualidade (ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999); e, considerando-se que a lida com o corpo, obrigatoriamente, deve passar por vias institucionais como hospitais, postos de saúde e o DML (casos de morte criminal ou de suspeição criminal), propala-se um espontâneo distanciamento entre os envolvidos na perda e os falecidos. Contudo, a despeito desse forte vórtex, notadamente mantido em áreas urbanas, a contemporaneidade tem reeditado formas híbridas, em sua natureza, à ancoragem da experiência da perda, pela necessidade de enfrentar, justificar e explicar o desconhecido e a nova vida a que os sobreviventes devem se adaptar. Por tal, formas tradicionais e religiosas de RS da boa morte estão ativas, como o renascimento e a regeneração (BRADBURY, 1999), mesmo que de modo um tanto quanto individualizado e personalizado (KOURY, 2002; ELIAS 2001).

Koury (2002) avalia que desde a década de 1970, principalmente nos centros urbanos brasileiros, tem se configurado um distanciamento e estranhamento do outro, que resulta numa certa economia gestual, ocasionada pela “[...] individualidade crescente e pela afirmação do privado, em uma perspectiva individualista, [que] parece ser a tendência por onde vem se construindo e se constituindo a sociabilidade brasileira urbana atual” (p. 86).

Bradbury (1999) questiona o porquê de a maioria das pessoas sustentar representações regenerativas da boa morte, ou por que se sustentar RS da boa morte nessa seara tecnológica moderna e de aguda terceirização do trato da morte e morrer. Para ela, trata-se de uma espécie de alquimia

[...] que liga a morte à fertilidade [...] as correntes representações da morte como “boa” atuam para manter a ordem social, pela razão de que elas foram controladas medicamente ou devido a essa questão medicamente subversiva **ainda ter haver com a tentativa de se manter controle sobre isso que é o mais desestabilizante e potencialmente caótico momento de nossas histórias de vida.** [...] A representação antiga da boa morte sagrada tem sido largamente ultrapassada pela moderna boa morte médica que, em sequência, está atualmente sendo desafiada pela boa morte natural. Estas, sagrada, médica e natural, boas mortes, como “tipos ideais”, são raramente apresentadas na forma pura no mundo real (p. 145-46, tradução nossa, grifo nosso).

Observa-se mais do que a presença, mas a necessidade de o pensamento mágico-religioso e o científico se articularem na atualidade, fato que desvela a intensa mediação das culturas nas atividades sociais e nas atividades dos especialistas. Percebe-se ainda, nas situações limítrofes em saúde, cuja tensão pode gerar dificuldades nas tomadas de posição, que os profissionais mesclam saberes, resultando numa riqueza de sentidos, elementos e contradições, e, por conseguinte, de RS sobre os temas e sobre a própria natureza da atuação em saúde. Emergem elaborações mescladas, nem tão consensuais (senso comum) nem tão reificadas (científicas), senão flexíveis para se adaptar às demandas do cotidiano de trabalho, o que corrobora Oliveira (2011).

Lago et al. (2007) observam que os avanços das tecnologias em saúde têm permitido a reversibilidade de muitos quadros patológicos graves. Todavia, persiste a dificuldade em se fechar algumas diagnoses, principalmente nos casos das

unidades de terapia intensiva pediátricas, nas quais as perdas giram em torno de 10%. Esse baixo índice tem justificado a insistência em se manter medidas curativas inócuas, classificadas como fúteis, do mesmo modo qualificadas por Gurgel (2008), que, além de onerosas, somente tornam o inevitável mais longo e sofrido. Observa-se que a decisão pela limitação de suporte à vida (LSV) e a escolha de suas modalidades variam entre e nos países, e são orientadas por aspectos culturais, religiosos, filosóficos, legais e mesmo pelas condutas pessoais dos especialistas.

Para exemplificar, em Israel, a LSV é rara e, quando procedida, limita-se a não reanimação, porquanto a retirada do suporte não é autorizada. Na Índia, ocorre entre 20% e 50% dos casos terminais nos hospitais privados e, nas periferias, é inaceitável, similarmente à China, segundo Xu (2007), onde, de modo geral, a prática é socialmente rechaçada. Já nos EUA e Canadá, nos quais as práticas em saúde se fundam na autonomia do paciente e no forte individualismo, o paciente pode se negar a participar de terapias que prolonguem a vida e os médicos devem aceitar a sua decisão e a dos familiares. No sul europeu, observa-se uma atitude mais paternalista, diferente da do norte, como na Holanda, Bretanha e Suíça que se *assemelham* a da América do Norte. Na França, o papel decisório sobre a vida e a morte é tradicionalmente orientado pelos médicos sob a alegação de que os clientes não se mostram em condições de ponderar em contextos de tão elevado estresse. No tocante à América do Sul e ao Brasil, observa-se uma postura similar a do sul europeu. É corrente a tradicional concepção de que a vida deve ser mantida a qualquer custo, tanto por médicos quanto por pacientes e familiares. No Brasil, a despeito de o Conselho Federal de Medicina, desde o ano 2006, ter oficializado o direito à autonomia dos pacientes e familiares nos processos decisórios, a sua prática é ainda tímida (LAGO et al., 2007). Em não havendo uma tradição de valorização da autonomia, prevalecem ações de caráter beneficente pautadas nos valores das equipes em saúde.

Recentemente, em *The Microsoft Network* (MSN), Estadão *online*¹², publicação datada de 14.04.2012, intitulada “Médicos que fazem aborto em casos previstos pela lei afirmam sofrer preconceito”, indica-nos a atualidade e a gravidade da questão.

¹² Disponível no *link* <http://estadao.br.msn.com/ciencia/m%C3%A9dicos-que-fazem-abortos-em-casos-previstos-pela-lei-afirmam-sofrer-preconceito>.

Médicos que realizam abortos nos contextos previstos em lei, a citar: fetos com anencefalia, gestações resultantes de estupro e quando a vida da gestante está em risco, declaram sofrer preconceito de outros médicos, alegando que “acabam marcados” e recebem “olhares condenatórios de colegas”. O preconceito é explicado como resultante da “falta de conhecimento sobre a legislação” e da atuação profissional pautada em “convicções pessoais, morais e religiosas”.

Para Lago et al. (2007),

Esta grande desigualdade entre os países pode ser explicada pelas diferenças culturais e religiosas que influenciam as condutas médicas entre as regiões, **mas também por aspectos próprios de cada equipe médica, incluindo a sua formação acadêmica** e características da instituição onde trabalha, além de fatores econômicos (p. 111, grifo nosso).

Mesmo que no Brasil avanços em saúde não possam ser desconsiderados, como a valorização dos cuidados paliativos e do *homecare* (GURGEL, 2008; KOVÁCS, 2003), este estudo ratifica o que tem sido indicado noutras pesquisas (ESTEBAN, 2012; OLIVEIRA, 2011; CAMPELOS, 2006; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; COUTINHO, TRINDADE, 2006; NEUBERN, 2000; BRADBURY, 1999): a relevância de se edificar e solidificar um entendimento em saúde que rompa com a sua tradição patologizante e tecnicista.

Os resultados corroboram as considerações de Nascimento e Roazzi (2007) e Oliveira (2011) em relação às contradições de ordem técnico-científica e teórico-conceitual nas práticas em saúde, bem como os de Esteban (2012) e Campelos (2006) sobre a inadequada formação acadêmica, que se dá no âmbito da execução da própria atividade (residência e estágios supervisionados). Os dados sugerem que os saberes científicos perdem vigor quando confrontados com a morte e se impregnam de RS, revelando que o representar socialmente ultrapassa a dinâmica de apreensão dos conteúdos do universo científico pelo consensual, e também se faz quando os postulados do universo reificado são operados por variáveis do universo consensual, originando *modismos acadêmicos* (OLIVEIRA 2011; LIMA 2008; MORIN, 1998; SÁ, 1993).

Esta (re)constatação traz à baila a necessária crítica às práticas técnico-científicas e da tecnologia social desenvolvidas nos espaços institucionais de saúde, não somente, mas principalmente nos públicos, devido ao elevado contingente populacional por eles alcançados. Conduz-nos, igualmente, a uma reflexão sobre a natureza dos saberes acadêmicos que têm sido produzidos nas instituições de educação superior: do nível de qualidade e do tipo de conhecimento que são esperados dos profissionais em formação.

Oliveira (2011) realça que desde a década de 1980, quando a TRS foi introduzida no Brasil, a sua abordagem tem sido cada vez mais empregada na área de saúde, e confirma a observação de Jodelet (citada por OLIVEIRA, 2011) do uso da teoria por campos do conhecimento afins ao da Psicologia Social, como a Educação, Saúde, Trabalho e Práticas Profissionais. Todavia,

[...] apenas recentemente a TRS passou a ser apropriada pelos pesquisadores do campo da saúde para análise de objetos específicos do cotidiano profissional, uma vez que esse campo se manteve durante bastante tempo distanciado da esfera social e da esfera do simbólico, **em decorrência da sua própria trajetória histórica** (OLIVEIRA, 2011, p. 589-90, grifo nosso).

Devido à Medicina brasileira, desde meados do século XIX, ter as suas práticas vinculadas à política e ao higienismo (GURGEL, 2008; CASTRO, 2007), ditando normas de conduta (normalidade *versus* anormalidade) e influenciando outras áreas de conhecimento – como a individualização e a patologização dos processos de morte e morrer na Psicologia (BRADBURY, 1999) – não é de se surpreender o postergar do uso duma abordagem que identifica no universo reificado variáveis do consensual. Trata-se mais do que um avanço empírico-teórico, mas da possível revisão paradigmática de um atuar ortodoxo que pode implicar a modificação do lócus do poder científico e entre as ciências. O questionamento feito por Sá (citado por OLIVEIRA, 2011): “[...] podemos dizer que os estudiosos ou profissionais de um determinado ramo do conhecimento científico constroem representações sociais de sua disciplina?” (p. 613), para além de propor uma análise da RS do grupo pelo grupo, assumindo nuances de um estudo de identidade social (BRITO; SOUZA, 2004), de acordo com Oliveira (2011), é o “[...] do reconhecimento de um novo grupo construtor de representações” (p.613).

Nascimento e Roazzi (2007) e Oliveira (2011) ressaltam que ao não se considerar nem técnico-científica nem teoricamente as necessidades reais e simbólicas dos profissionais da saúde e dos clientes, seguir-se-á incorrendo no equívoco de não potenciar as estratégias em saúde pela integração de ambos os saberes reificado e consensual, que poderia contribuir para o incremento da qualidade dos trabalhos nas instituições de saúde, principalmente nos tratamentos duradouros e invasivos.

O desenvolvimento de protocolos operacionais afinados com os valores regionais, conjugando técnicas e expectativas sociais em saúde (LAGO et al., 2007), representaria avanços num campo de grave complexidade, fornecendo aos especialistas e aos clientes maior clareza sobre as e credibilidade nas ações a serem executadas. Essa maior aproximação, poderia representar a democratização nas tomadas de decisão, a humanização da atmosfera de trabalho e a ampliação da confiança entre os envolvidos, contextura que se exercida em larga escala contribuiria, na forma de projetos de gestão, ao amainar da visão deveras técnica, pouco interdisciplinar, organicista, por assim dizer, corrente. Outro aspecto importante a ser ressaltado se refere à motivação ao aprimoramento das grades curriculares na formação acadêmica, de modo a contemplar a transdisciplinaridade e os estudos tanatológicos. Portanto,

Levantar cientificamente num programa continuado de investigação as religiosidades e formas de espiritualidade [...] do pessoal hospitalar em geral, e das equipes multiprofissionais de saúde em particular, que tratam de pacientes próximos à morte, é um passo importante na **construção de um atendimento integral em que se incorporem preocupações não apenas procedimentais e medicamentosas, mas também questões de natureza ôntica e espiritual** (NASCIMENTO; ROAZZI, 2007, p. 442, grifo nosso).

Inferimos que ganharia a ciência e a clientela, porque aquela estaria mais atenta à evolução da episteme, e poderia considerar as demandas desta, além de as carências técnico-científicas e as fragilidades psicocognitivas dos próprios profissionais passarem a ser valoradas, por sempre atuarem na interface entre a ciência e a tecnologia social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos que a RS da dor é marcadamente afetada pelo fazer técnico-científico organicista, que, por conseguinte, ocasiona um “não saber agir” ou “ver relevância profissional” na lida com aspectos relacionados à morte e ao luto, isto é, as RS da morte e do luto indicam que tais eventos não são contemplados na prática profissional como uma etapa a ser cuidada. Mesmo que profissionais e clientes sejam capazes de tirar proveito da orientação reinante (BRADBURY, 1999), paga-se o preço de todos os atores da trama não se perceberem como sujeitos suscetíveis aos dissabores da perda por morte.

Os resultados indicam que a lógica (modelo) que orienta os processos de morte e morrer, pautada na concepção medicalizante da saúde, é uma grave problemática aos envolvidos, porque ocasiona de se perder de vista a corrente atomização das relações sociais. Outrossim, desvaloriza o peso das tradições, ou culturas, à lida com a perda, que são ativas mesmo no tecido social citadino, e podem ser consideradas reedições modernas de ritos e costumes seculares, cuja função primordial é a de inclusão da morte na vida.

Uma visão dialógica (OLIVEIRA, 2011; NEUBERN, 2000; MORIN, 1998) que supere a polarização saúde/doença, ciência/senso comum e profissional da saúde/cliente promoveria uma clivagem paradigmática na abordagem em saúde: não somente poderia aprimorar a eficácia dos procedimentos terapêuticos, motivando a adesão dos usuários aos tratamentos por se perceberem ativos nas decisões, mas também ampliaria o suporte operacional e ontológico aos profissionais em saúde pela democratização dos meios, clareza dos atos e maior parceria entre os envolvidos (LAGO et al., 2007; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007).

O contato cotidiano dos profissionais com contextos potencialmente extremos pode, na ausência da devida formação e constante capacitação, originar RS sociais sobre as práticas em saúde, o que implica, a despeito de serem úteis, em se tornarem técnico e cientificamente temerárias, visto que podem comprometer-lhes a responsabilidade crítica e ético-política com o bem-estar do homem.

Necessitamos fazer alguns apontamentos de caráter metodológico. Destacamos que o presente artigo de pesquisa, mesmo que ancorado em estudos relacionados à saúde no trabalho, limitou-se à adoção de dois grupos específicos de sujeitos, médicos e enfermeiros, lotados nos atendimentos de emergência, o que lhes lega o quase diário trato com a perda. Investigações desenvolvidas a partir de espaços privados, por exemplo, cujos procedimentos são eletivos, poderiam indicar outras formas de enfrentamento do evento, ainda que nos pareça comum o aspecto ligado ao despreparo, desde a formação acadêmica à capacitação, quando de disciplinas de abordagem psicossocial e tanatológica (ESTEBAN, 2011; CAMPELOS, 2006). Resultados relacionados à influência da religião e gênero talvez pudessem indicar interessantes nuances nos agires dos profissionais, e mesmo entre os campos profissionais. Contudo, por exigência do método, que impõe um limite mínimo de sujeito, esta última possibilidade se faz frustrada. O acesso aos espaços de trabalho para o desenvolvimento de pesquisas tem se mostrado cada vez mais restrito, o que talvez seja expressão da própria natureza da formação profissional, não vendo muita relevância em pesquisas de caráter psicossocial e da cultura.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**. MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). Goiânia: AB, p. 28-38, 1998.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BRADBURY, M. **Representations of death**: a social psychological perspective. New York e Londres: Routledge, 1999.

BRITO, A.; SOUZA, L. Representações sociais de policiais civis sobre profissionalização. **Sociologias** [online]. 2004, n.12 ISSN 1517-4522.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000300003>.

CAMPELOS, I. C. S. F. A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. 2006, 123 p. Monografia (Licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, **Universidade Fernando Pessoa**, Porto (Portugal).

CASTRO, V. **Das igrejas ao cemitério**: políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2007.

CHALCO, E. C. La muerte como sanción y compensación: visión de equilibrio y reciprocidade en cusco. **Chungará (Arica)**, Arica, v. 33, n. 2, jul. 2001. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562001000200004&lng=es&nrm=iso>.

CONCEIÇÃO, J. S. Rituais mortuários: espaço de construção identitária. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 94, março de 2009.

COUTINHO, B. B; TRINDADE, Z. A. As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. **Psic [online]**. 2006, vol.7, n.1, pp. 09-18. ISSN 1676-7314.

DESPELDER, L. A.; STRICKLAND, A. L. **The last dance**: encountering death and dying. 7. ed. Mc Graw Hill, 2002.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**; as regras do método sociológico; o suicídio; as formas elementares da vida religiosa. GIANNOTTI, J. A. (Org.). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

Estamos juntos (filme). Disponível em <http://www.estamosjuntosofilme.com.br/>. Último acesso em 28.06.2012.

ESTEBAN, R. G. El médico frente a la muerte. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, 2012; 32 (113), 67-82.

FULGHUM, R. **Do começo ao fim**: uma análise delicada das celebrações cotidianas. São Paulo: Best Seller, 1995.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes. 2002.

GIACOIA JÚNIOR, O. **A visão da morte ao longo do tempo**. **Medicina** (Ribeirão Preto), 2005; 38(1): 13-19.

GURGEL, A. **Direitos sociais dos moribundos**: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas. São Luís: Edufma, 2008.

HUIZINGA, J. **O outono da idade média**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

JESUÍNO, J. C. Psicologia social e epistemologia complexa. MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Europa-América: Men Martins (Portugal), 1998.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. **Psicología Social, II: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales**. Paidós, Barcelona, 1986.

KOURY, M. G. P. Sofrimento íntimo: individualismo e luto no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção/Grupo de Pesquisa em Antropologia e Sociologia da Emoção da Universidade Federal da Paraíba**, vol. 1, n. 1, abril de 2002, João Pessoa: GREM, 2002. Quadrimestral.

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

_____. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo - Fapesp, 2003.

LAGO, P.M. et al. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, maio, v. 83, n. 2, 2007.

LIMA, L. C. A Articulação Themata-Fundos Tópicos: por uma Análise Pragmática da Linguagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 243-246. [a]

MASS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Europa-América: Men Martins (Portugal), 1998.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. A Estrutura da Representação Social da Morte na Interface com as Religiosidades em Equipes Multiprofissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20(3), p. 435-443, 2007.

NEUBERN, M. S. As Emoções Como Caminho Para Uma Epistemologia Complexa da Psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Maio-Ago 2000, Vol. 16 n. 2, pp. 153-164.

OLIVEIRA, D. C. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F.S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. A. S. P. MOREIRA; B. V. CAMARGO; J. C. JESUÍNO; S. M. NÓBREGA (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. STREY, M.N. et al. (Orgs.). **Psicologia Social Contemporânea**: Livro-texto. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

QUEIROZ, R. S. A morte e a festa dos vivos. MARTINS, J. S. (Org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

SÁ, C. Sobre a circunscrição do conceito de representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 1993,, v.6, n. ½, p.107-113.

TORRES, D. **Ritos de paso: Ritos funerarios (La búsqueda de la vida eterna)**. *Paradigma*. [online]. 2006, vol.27, no.1 [citado 26 Mayo 2012], p.349-363. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101122512006000100013&lng=es&nrm=iso>.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. VALA, J; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia Social**. 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa (Portugal), 2004.

WACHELKE, J. Social Representations: A Review of Theory and Research from the Structural Approach. **Universitas Psychologica**, Norteamérica, 11, dic. 2012.

XU, Y. Death and Dying in the Chinese Culture: Implications for Health Care Practice Home **Health Care Management Practice** 2007; 19; 412. DOI: 10.1177/1084822307301306. Versão *online* disponível em <http://hhc.sagepub.com>.

ANEXO

INSTRUMENTO DE EVOCAÇÃO – TERMOS INDUTORES

- Quais são as cinco palavras ou expressões que lhe vêm imediatamente à cabeça quando é pronunciada a palavra morte?

>>> Agora eu vou precisar que você organize essas palavras e/ou expressões por ordem de importância, da mais importante para a menos importante.

>>> Agora que você organizou o material por ordem de importância, escreva, em poucas palavras, a razão de ter escolhido essa ordem.

- Quais são as cinco palavras ou expressões que lhe vêm imediatamente à cabeça quando é pronunciada a palavra luto?

>>> Agora eu vou precisar que você organize essas palavras e/ou expressões por ordem de importância, da mais importante para a menos importante.

>>> Agora que você organizou o material por ordem de importância, escreva, em poucas palavras, a razão de ter escolhido essa ordem.

- Quais são as cinco palavras ou expressões que lhe vêm imediatamente à cabeça quando é pronunciada a palavra dor?

>>> Agora eu vou precisar que você organize essas palavras e/ou expressões por ordem de importância, da mais importante para a menos importante.

>>> Agora que você organizou o material por ordem de importância, escreva, em poucas palavras, a razão de ter escolhido essa ordem.

3.2 Representações sociais sobre a perda em obituários e elogios fúnebres

Resumo

A existência e persistência de ritos e costumes mortuários na contemporaneidade é um importante indicativo de que o viver se consubstancia em elementos ontológicos, religiosos, culturais e científicos. Por se considerar relevantes as concepções metafísicas para a lida com a morte, o presente estudo analisou representações sociais sobre a perda veiculadas em obituários e elogios fúnebres impressos na Região da Grande Vitória. Foram analisados 48 elogios fúnebres, que cobriram o intervalo temporal de 1990 a 2008, e 45 obituários veiculados em um jornal de grande circulação no Estado, no período de outubro de 2008 a março de 2009. Para a coleta, organização e orientação da análise dos dados, empregaram-se critérios do método fenomenológico-semiótico que resultou na identificação de quatro núcleos temáticos: a oficialização, a memorização e a materialização da perda; a conclamação aos velórios e sepultamentos; os ritos de passagem; e as estratégias de enfrentamento. Consoante a dinâmica identificada entre os artefatos mortuários foram identificados como elementos representacionais a potência dos ritos e tradições mortuárias, o que ressalta a grande relevância do apoio social quando da perda, a despeito da tendência individualizante dos comportamentos na Região. Concluiu-se que os aspectos psicossociais e sociocognitivos são essenciais à (re)equilibração da (nova) vida dos enlutados.

Descritores: Representações sociais. Fenomenologia-semiótica. Obituários e elogios fúnebres – artefatos mortuários.

INTRODUÇÃO

Dos artefatos mortuários: aspectos historiográficos

Atualmente, tanto os obituários capixabas quanto os nacionais são ainda vistos como os “patinhos feios” do Jornalismo (SUZUKI JR., 2008). Em contraste, as publicações fúnebres dos principais jornais do eixo EUA/Bretanha despontam como verdadeiras produções jornalísticas literárias. Com foco na memorização, à guisa das produções iniciadas no século XVIII inglês (BARRY, 2008), são leitura obrigatória para muitos dada a forma detalhada, bem construída e humorada de abordar a vida pitoresca de sujeitos comuns, que de outro modo não teriam a sua vivência (re)conhecida. De acordo com Suzuki Jr. (2008), essas produções, como as fábulas, propõem “[...] uma lição moral para os que ficam, seja a vida do biografado boa ou má” (p. 309). Para o autor, é inadequado avaliar o apreço pelos obituários como uma prática social mórbida, visto que “[...] Um obituário é quase sempre uma ode à vida – **ainda que reitere a brevidade de tudo, ao tomar o ponto final da existência como ponto de partida do jornalismo**” (p. 289, grifo nosso). Este último aspecto sugere ser uma importante razão do incômodo provocado pelo artefato.

A emergência do obituário literário no jornalismo inglês data do século XVIII, segundo Barry (2008), e está associada à perda de prestígio dos epitáfios para as publicações em papel. Essa ocorrência dava indicativos de mudanças na lida com a morte e uma nova relação entre a fama e a celebridade. A valorização dos anúncios mortuários jornalísticos expressou uma mudança nos costumes: a arte que outrora focava no grandioso e nobiliárquico (epitáfios), abriu-se ao simples, passando a valorizar os talentos transitórios, as predileções, as profissões e mesmo os delírios de pessoas comuns como dignos de serem memorizados. O avanço das publicações em revistas estimulou a adesão de leitores, e, se por razões claras as pessoas comuns não pudessem ter o registro de suas vidas em pedra, passaram a tê-lo em papel.

Consoante a pesquisa historiográfica de Castro (2007) *Das Igrejas Ao Cemitério: políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX*, no Brasil anterior ao século XIX, a identificação do nome nas lápides não era importante. Para destacar a “boa

morte” era mais relevante se mostrar a mais humilde das criaturas, porque isso seria muito bom à salvação da alma! Por exemplo, a autora identificou uma lápide numa igreja que assim dizia: “AQUI JAZ UMA PECADORA, ORAI POR ELA”. A ideia era que, ao lerem as lápides, os visitantes do templo se compadecessem e orassem por aquela alma. De outro modo, as famílias nobres faziam questão de ostentar o nome e o sobrenome, bem como os títulos nobiliárquicos. Já no século XIX, quer pela regulamentação do cemitério quer pela mudança nas práticas fúnebres (reforma higienista e cemiterial), a métrica dos epitáfios paulatinamente foi cambiando e a individualização do nome passou a ser algo imprescindível a todos. Contudo, os jazigos perpétuos eram para quem possuísse dinheiro, similarmente ao que se passa hoje.

Os pobres dispunham de covas alugadas, muitas vezes só com a numeração, ou da vala dos comuns. Ademais, havia uma cartografia que delimitava as áreas nobres e as periféricas nos cemitérios, o que também não difere tanto da atualidade, notadamente nos “cemitérios jardins”. Quando o Recife foi acometido por terremotos no século XIX, os espaços se tornaram ainda mais exíguos. Quem alcançava uma área nobre fazia questão de ostentar o nome, o que poderia ser definido como a “secularização da sociedade”, tal qual preconizado por Ariès (2003), na Europa, em fins do século XVIII, e em meados do XIX, no Brasil, de acordo com Gurgel (2008), Castro (2007) e Koury (2002). Além dos altos preços dos acessórios fúnebres, comprados ou alugados para os enterros, torná-los inacessíveis ao homem comum, no Antigo Regime, havia um agravante: mesmo os homens de posses, se destituídos de títulos nobiliários, jamais poderiam ostentar pompa pelo uso dos aparatos de primeira classe. Hoje, distando de outrora, numa sociedade burguesa, alugam-se carros caros, aveludados e com arreios de prata. O limite se deslocou dos direitos do fazer ditados pelo “ter” e pela “tradição” para os plenos direitos do fazer autorizado pela “posse” (CASTRO, 2007).

Sem delongas, convém destacar que, entre fins do século XVIII e início do XIX, na Europa, o trato dos cemitérios se distinguiu entre os países da área continental, menos industrializados, e os do noroeste e também dos EUA, mais industrializados. Enquanto nestes permaneceu a sobriedade tumular comum a todos por séculos – e o início da transição da “pedra” para o “papel” (BARRY, 2008) – naqueles se

desenvolveram construções sepulcrais cada vez mais elaboradas, prática classificada por Ariès, em sua obra *História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias* (2003), de neobarroquismo arquitetônico. O autor propõe como hipótese que a variação no nível de urbanização e industrialização gerou modificações nas estruturas que compõem a sociedade (economia, artes, saúde, política, educação e costumes), afetando as práticas mortuárias com base na seguinte equação: quanto mais intensos os níveis, maior a *tendência* à sobriedade tumular, e vice e versa.

Foi a partir da década de 1980 que os grandes jornais estadunidenses e britânicos passaram a “obituarizar” a vida de mortos comuns, prática já corrente nos jornais de menor porte. O *New York Times* (NYT) não indica horário e local dos velórios, enterros e cerimônias de cremação. Além disso, com o desenvolvimento de técnicas jornalísticas de pesquisa e redação, foram abandonados os estilos laudatório e *sotto voce* (em voz baixa) tradicionais. Esse contexto demarca uma diferença entre o estilo dos obituários dos jornais menores dos de grande porte: enquanto naqueles, de modo similar ao padrão identificado nesta pesquisa, permanecem as homenagens póstumas, nestes os anúncios fúnebres passam a ter um duplo objetivo: memorizar e produzir literatura jornalística. Tanto no NYT quanto nos grandes jornais ingleses (*Times*, *Independent*, *Telegraph* e *The Guardian*), o conceito de obituário ganha outro sentido: são homenagens, mas sem ensejar deferência; são memorizações, embora não omitam o que poderia ser considerado ruim na vida do obituarizado, tornando-os notórias crônicas de vidas (SUZUKI JR., 2008).

O emprego dos anúncios fúnebres se constituiu como costume no decurso do século XIX no Brasil. Conforme Castro (2007), tratava-se dum modo de socialização da perda, porque

[...] publicar convites para o acompanhamento do enterro tinha a intenção de despertar um sentimento de familiaridade, capaz de envolver os vivos diante da partida de alguém para o outro mundo. Assim, as notas de falecimento [de “passamento” e as de “enterramento”, que descreviam, a primeira o “saimento” do cortejo, e a segunda tanto o saimento quando o sepultamento] publicadas a pedido de familiares ou amigos eram instrumentos para a construção de uma memória em torno da personagem morta. Essa participação ao público deveria ser um evento

esperado, fosse o morto ilustre ou não, pois a morte devia ser divulgada e comentada pelas pessoas (p. 214-15, grifo nosso).

Equivalente funcionalidade foi observada nos anúncios fúnebres de três periódicos de São Paulo, *Correio Paulistano*, *Folha da Manhã* e *O Estado de São Paulo*, entre os anos de 1920-40, por Witter (1983). Os anúncios paulistas tradicionais eram solicitados pelas famílias, por amigos (de trabalho) ou ambos, e representavam uma importante forma de oficialização e expressão da dor. Eram impessoais, imutáveis¹³, e por ativarem a rede sócio-familiar, primavam pela coesão da família e afins, em face do poderoso golpe material e moral da perda. A imutabilidade se expressava nos clichês dos “[...] jornais que deles [anúncios fúnebres] cuidavam, de tal forma que neles somente mudam os nomes dos familiares ou das instituições e o do morto” (WITTER, 1983, p. 87). Realçamos que os obituários paulistas da época e os deste estudo, não somente na funcionalidade, mas também na padronização, são deveras similares.

O autor informa que na década de 1940 se passou a separar os anúncios fúnebres, que noticiavam a morte recente, dos religiosos, que comunicavam as missas de sétimo e trigésimo dias. Questionando-se sobre as razões da mudança, foram levantadas as seguintes hipóteses: Foram meras modificações na paginação e na editoração, ou no enfoque sobre o anúncio fúnebre? A morte passou a ser vista como algo diferente ou se tratava do início da conquista de um novo público leitor? Mesmo que não tenha formulado respostas precisas, Witter (1983) presumiu que as mudanças na padronização, a impessoalidade e a imutabilidade atenderam à necessidade de os enlutados lidarem com a morte de modo mais distante, simplesmente fornecendo as essenciais informações aos jornais: devido à dificuldade dos vivos de enfrentar a perda e de buscarem em convenções sociais, repletas de esquematismos psicológicos, respostas à sua não familiaridade com ela.

Koury (2002) identificou a ocorrência de significativas mudanças nas práticas sociais dos centros urbanos brasileiros a partir da década de 1970. Em suma, passou-se a praticar o distanciamento e estranhamento do outro e certa economia gestual dada a “[...] individualidade crescente e pela afirmação do privado, em uma perspectiva

¹³ Termo empregado por Witter (1983), conjecturamos como sinonímia de *constante* ou *padrão*.

individualista, [que] parece ser a tendência por onde vem se construindo e se constituindo a sociabilidade brasileira urbana atual” (p. 86).

Em relação aos elogios fúnebres, por serem empregados por um grupo religioso específico, o católico, o alcance público é mais restrito que o dos obituários. O termo elogio fúnebre – ou panegírico fúnebre – foi sugerido, em diálogo por *e-mail*, por Castro (2007). Durante a sua pesquisa, ela informou a identificação dos artefatos, todavia não pôde analisá-los por ocasião dos objetivos de estudo. Conforme a autora,

O termo elogio fúnebre era bastante conhecido no século XIX. Mas o termo é anterior. Foi algo que começou na nobreza, mas com o tempo foi se popularizando. Quem tinha recursos fazia questão de investir. Também era de bom tom no século XIX amigos pagarem notas nos jornais. Os elogios muitas vezes eram poemas (que poderiam ser considerados bem cafonas aos “olhos” de hoje), mas era algo de mão dupla: fazia boas vistas ao morto e mais ainda ao vivo que o publicou. Vi alguns assim no Diário de Pernambuco.

Essa circunscrição a um grupo passou a ser experimentada no Brasil a partir da segunda metade do século XIX, pelo processo de laicização estatal em andamento (a Igreja paulatinamente passou a se desvincular do estado), por influências progressistas e liberais, como da maçonaria, e devido à concorrência ideológica de outros grupos religiosos, tais como “[...] das várias vertentes do protestantismo, [...] adeptos do Kardecismo, do Positivismo, de pajelanças e frequentadores de terreiros de tradição africana” (CASTRO, p. 235). Essa contextura passou a debilitar a hegemonia do catolicismo ao validar novas compreensões sobre a realidade sociopolítica brasileira.

Do objeto da investigação

Ao longo da história, as sociedades humanas têm (re)produzido e acumulado costumes e ritos que lhes orientam as práticas sociais (CONCEIÇÃO, 2009; XU, 2007; MASS, 2007; TORRES, 2006; GIACOIA JÚNIOR, 2005; CHALCO, 2001; QUEIROZ, 1983). No tocante às práticas funerárias, que estão na composição do objeto deste estudo, elas se tornam as mediadoras essenciais das sempre

nascentes relações entre o homem e o mundo, e possibilitam que o ser finito ou para a morte (ROTHSCHILD; CALAZANS, 1992) defronte a angústia de sua temporalidade de diferentes modos.

A experiência se torna o lócus da existência do ser, e devido ao existente ser constituído duma substância histórica – não principia com o nascimento e tampouco se finda com a morte – não nos é facultado tudo controlar, pois a “[...] nossa única possibilidade de acesso a este mundo é [a] atividade, [o] desejo, [e a] construção” (JOVCHELOVITCH, 1998, p.59), sem os quais a “[...] existência simplesmente não existiria...” (idem). Logo, representamos e, concomitantemente, enfrentamos a crueldade do mundo (MORIN, 1997) de modo sempre plural, porque vinculado ao nosso tempo e espaço (ELIAS, 2001; JODELET, 1986), para produzirmos e alimentarmos a esperança pela qual e segundo a qual resistimos aos desafios que se impõem (MORIN, 1997).

A concepção socioantropológica de Mass (2007) dos *tipos de fatos* australianos, neozelandeses e polinésios, sobre a ideia de morte (quebra de tabus/reparação e feitiçaria/contrafeitiçaria), bem descreve a ruptura paradigmática ocorrida no ocidente e que reorientou amplamente e significativamente as produções sociais à lida com a perda. Para a Sociologia e a Antropologia Cultural, ciências em processo de estruturação à época, não interessava distinguir as sociedades e os indivíduos pelo crivo psicobiológico, senão pela moral ou aspectos mais evoluídos da cultura e pelo peso desta sobre o comportamento dos indivíduos, como igualmente preconizado por Durkheim (1983), abaixo citado, tendo na Europa o ápice da evolução dos modos.

[...] Sem dúvida que as propriedades elementares de que resulta o fato social estão contidas em germe nos espíritos particulares. Mas o fato social só surge como tal a partir do momento em que estas são transformadas pela associação. [...] Quando as consciências, em vez de ficarem isoladas umas das outras, se agrupam e se combinam, há qualquer coisa que mudou no mundo. Em seguida é natural que esta modificação implique outras, que esta novidade gere outras [...] (p. 192, grifo nosso).

A referida mudança no *zeitgeist* concerne essencialmente à passagem das explicações metafísicas para as científicas do real. Desde o século XVIII ocidental, também por influência da medicina higienista (CASTRO, 2007; GURGEL, 2008;

ARIÈS, 2003), da(s) revolução(ões) industrial(ais) e do Iluminismo, ocorre o paulatino deslocamento das fantasias coletivas de imortalidade institucionalizadas, para fantasias individuais de imortalidade, igualmente institucionalizadas (ELIAS, 2001). Passa a recair sobre o indivíduo – mais profundamente em meados do século XX – a responsabilidade de propor, *per se*, respostas à experiência da perda, não mais podendo contar de modo tão eficaz com os costumes e os ritos outrora potentes (DESPELDER, STRICKLAND, 2002; KOURY, 2002; ELIAS 2001; BRADBURY, 1999).

Não nos cabem aqui críticas ao Positivismo, que na ocasião estava mais abertamente em circulação, mas talvez somente considerar que a pretensão positiva, segundo a qual o homem civilizado, ou, como caracteriza Mass (2007), os “tipos de fatos europeus”, antes de lograr neutralizar o pensamento fantástico que permeia a realidade, representou mudanças na lida com a realidade. Para Elias (2001), não apenas o racionalismo é uma construção sócio-histórica, acrescentamos, uma (ou a) representação social hegemônica que se mantém como indelével marca da contemporaneidade (VALA, 2004), mas a ela somos fieis na medida em que nos traz respostas satisfatórias às necessidades e aos medos vigentes. Essa orientação pode ser redirecionada se somos, por exemplo, expostos a perigos cuja reversão é demorada ou considerada insatisfatória: desde acontecimentos agudos como o holocausto por guerra até crises crônicas no sistema de saúde pública local. Parece que defrontamos uma racionalidade negociada antes do que firmemente estabelecida, pois

A expansão do conhecimento real e a correspondente retração do conhecimento fantasioso andam de mãos dadas com o aumento do controle efetivo dos acontecimentos que podem ser úteis às pessoas, ou dos perigos que podem ameaçá-las. **A idade e a morte estão entre estes últimos** (ELIAS, 2001, p. 89, grifo nosso).

Em face do objeto em análise, a apreensão de representações sociais da perda veiculadas em obituários e em elogios fúnebres da Região Metropolitana da Grande Vitória/ES, dois conceitos são fulcrais: estratégia de enfrentamento e rito de passagem (CONCEIÇÃO, 2009; XU, 2007; TORRES, 2006; GIACIOIA JÚNIOR, 2005; CHALCO, 2001; QUEIROZ, 1983). Partimos da hipótese de que ambos os artefatos, quando empregados colateralmente (notadamente, mas não somente),

ativam um importante mecanismo social de enfrentamento e orientação da vivência da perda.

As *estratégias de enfrentamento* ou, consoante Dejours (1999)¹⁴, estratégias coletivas de defesa, são ações coletivas em resposta aos efeitos deletérios do sofrimento – aqui representados pelas consequências da perda – ativadas para deter ou atenuar a descompensação psicopatológica (perda do equilíbrio psíquico pelo desenvolvimento de alguma doença mental). É o esforço para se manter, ainda que a duras penas, a normalidade, ou como o autor caracteriza, a “normalidade sofrente” ante os contínuos desafios do existir. Os *ritos de passagem*, como a primeira comunhão e o casamento, são práticas que orientam mudanças de etapas na vida humana, e como outros rituais, transculturalmente, são essenciais às sociedades quer urbana quer tradicional (CONCEIÇÃO, 2009; TORRES, 2006; GIACOLA JÚNIOR, 2005). Portanto,

Estes **valores universais**, característicos dos rituais, têm um significado específico para a consciência social, porquanto configuram um objeto de representação coletiva que coexiste nos valores socioculturais do grupo porque não somos seres ilhados, somos integrantes duma sociedade e como tais devemos nos sujeitar a essa vida organizada em função de interesses determinados e a participar da concretização desses ritos de passagem (TORRES, 2006, publicação *online*, grifo nosso, tradução nossa).

Do corpo teórico

Empregamos a Teoria das Representações Sociais (TRS), ou *Psicossociologia do Conhecimento*, para a análise dos dados desta pesquisa. A TRS preconiza que o homem está implicado com o real, mas não simplesmente reflete o meio no qual se insere, porque dele participa como agente histórico. Notadamente, a teoria se ocupa dos fenômenos das sociedades urbanas contemporâneas, marcadas pela intensa velocidade com que os seus objetos são originados e desfeitos (JOVCHELOVITCH, 1998).

¹⁴ O autor empregou o conceito em seu estudo sobre o comportamento de empregados no ambiente de trabalho.

Segundo Jodelet (1986),

[...] O conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos geradores e funcionais socialmente caracterizados. **Em sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social.** As representações sociais constituem modalidades do pensamento prático orientados para a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal (p. 474, tradução nossa, grifo nosso).

Ainda que as representações sociais (RS) se manifestem primordialmente na forma de elementos cognitivos, como imagens e conceitos, ressaltamos, são construções socialmente partilhadas que, a despeito de serem apreendidas pelo conteúdo cognitivo, para a interpretação dos seus significados é necessário que se remeta ao ambiente social em que são elaboradas (VALA, 2004; JODELET, 1986).

No que confere ao processo de formação, as RS são elaboradas pela concomitante atuação de dois mecanismos sociocognitivos: a ancoragem e a objetivação, que são regulados por fatores sociais (VALA, 2004). Pela ancoragem, *classificamos* pessoas, ideias e objetos, situando-os numa categoria histórica e de natureza valorativa, num esforço de dar familiaridade ao não familiar, sob o risco de o objeto não ser decodificado em não havendo a sua categorização. Pela objetivação, buscamos dar *materialidade* a um conceito, procurando torná-lo concreto, visível, num esforço de se associar um conceito a uma imagem, tornando-a a própria realidade (OLIVEIRA; WERBA, 2005). Sobre a regulação social, grosso modo, postulam-se que as RS são determinadas por contextos sociais e deles derivam os seus significados – ainda que, habitualmente, ambiente e RS sejam correspondentes (WACHELKE, 2012) – e que as clivagens havidas no tecido social, minimamente relacionadas aos níveis socioeconômico e do metassistema, afetam eficazmente a elaboração representacional (VALA, 2004).

Sobre a operacionalidade, as RS desempenham as seguintes funções: *de saber*, compreender e explicar as experiências; *identitária* por orientar a organização e a manutenção dos grupos sociais; *de orientação*, uma vez que direcionam os práticas das coletividades e dos indivíduos; e *de justificação*, porque justificam as tomadas de posição dos indivíduos e dos grupos (ABRIC, 1998).

Considerando-se a carência de estudos psicossociais sobre obituários e elogios fúnebres no Brasil e a sua importância para a melhor compreensão dos ritos e costumes ao enfrentamento da perda – realçadamente para os profissionais – esta investigação objetiva apreender RS da perda veiculadas nos artefatos mortuários.

MÉTODO

Os dados foram organizados seguindo os critérios da fenomenologia-semiótica. O método se caracteriza pelo estudo da “experiência consciente”, isto é, dos inúmeros significados que se expressam na relação entre o ser e o mundo: quando a partir de seu existir retoma o passado, situa-se no presente e se projeta ao futuro. Portanto, busca-se “[...] ir às próprias coisas’...” (LEITE; GOMES, 1998, p. 48).

A ferramenta é constituída de três etapas sinérgicas: a descrição, a redução e a interpretação. Na descrição, o conteúdo da(s) experiência(s) é organizado em categorias e subcategorias de sentido, nas quais são alocados os elementos considerados mais relevantes, delimitando-se um contexto temático para o fenômeno investigado. Na redução, a descrição é sintetizada pelo delineamento do(s) foco(s) problemático(s). E na interpretação, apresenta-se a argumentação explicativa ao(s) ponto(s) levantado(s) na redução, tendo como pano de fundo o contexto temático descritivo e a literatura científica. Confere salientar que, na etapa da interpretação, a TRS foi empregada como arcabouço teórico e conceitual da análise.

Essa heurística tem ampla utilização em teses e dissertações, a partir de variadas temáticas e abordagens na Psicologia Social, dentre as quais a TRS (TRINDADE; MENANDRO; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, 2007). As autoras preconizam o seu emprego com a TRS porque “[...] cada uma das estruturas [etapas] é uma articulação dos aspectos significativos de fenômeno relacionados à questão da Representação Social que permite uma apreensão mais integrada de cada um dos sujeitos [objetos]” (p. 78).

Os 48 elogios fúnebres selecionados cobriram o intervalo temporal de 1990 a 2008, obtidos a partir de solicitação feita através de redes sociais (amigos e familiares), tendo sido requerida autorização para serem fotocopiados. A seleção foi feita com base nos critérios de recenticidade e localização, ou seja, deviam ser, simultaneamente, relativos a eventos funerários ocorridos nas duas últimas décadas e a falecimentos na Grande Vitória. Os elogios fúnebres selecionados compreenderam a quase totalidade dos documentos obtidos.

Os obituários selecionados provieram do Jornal A Tribuna, periódico de grande circulação no ES, cobrindo o intervalo temporal de outubro de 2008 a março de 2009. Perfez-se o total de 45 publicações, sendo: quatro, de outubro de 2008; 33, de fevereiro de 2009; e oito, de março de 2009. Foram consideradas todas as impressões obtidas.

Relevamos que a escolha do recorte temporal dos elogios fúnebres foi em muito influenciada pela possibilidade de se obter os documentos. Contudo, tomamos o cuidado de não distarem dos últimos 20 anos para não incorrerem no risco de sua expressão ser considerada antiquada e não representar os costumes em atividade na Região. O mesmo se aplica aos obituários, o recorte temporal adotado se deu, aleatoriamente, porquanto a sua totalidade proveio da doação duma instituição pública. Por, em geral, as pessoas não guardarem prolongadamente os periódicos e, considerando que os doados eram em quantidade suficiente, o que não lograríamos obter por meio de rede social, optamos por seguir a temporalidade do material obtido. Deste modo, os artefatos coletados para esta investigação constituem uma amostra de conveniência.

RESULTADOS

Descrição fenomenológica dos elogios fúnebres

A análise dos elogios fúnebres focalizou três grandes categorias: a topografia (diagramação), a imagética (subdividida em objetos significativos, ícones religiosos,

símbolos religiosos, composição, paisagens e fotografia) e a textual (subdividida em textos espontâneos e pré-elaborados).

Topografia

Os elogios fúnebres eram apresentados em inúmeros tamanhos e em variados estilos. Eram impressões de face única (tipo fotografia) ou dupla (tipo *folder*), feitas a partir de papel comum ou papel fotográfico. Os de face única apresentavam a totalidade do seu conteúdo impresso somente em uma das partes do documento (frente); e as do tipo brochura podiam ter o seu conteúdo exposto, concomitantemente ou não, em todas as faces do documento. Ocorreu de um elogio fúnebre ter o formato de marcador de página.

Imagética

Os elogios fúnebres apresentaram combinações bastante variadas de conteúdo, forma, efeito visual e tamanho. Os *objetos significativos* eram representações como: mãos segurando rosas e cruzes; rosas; a estátua da face de Cristo; e a imagem de uma cruz envolta por um galho espinhoso, do centro da qual era emitida luz, havendo um tecido pendendo em um de seus braços. Os *ícones religiosos* abrangiam santos(as) popularmente conhecidos (São Francisco, em meio às nuvens e aureolado, com pássaros ao fundo e luz de aspecto celestial sobre o ícone; Maria em várias formas de aparição, incluindo uma Nossa Senhora de Aparecida sobrevoando a homônima basílica e cercada por dois anjos; o Sagrado Coração de Maria; o desenho de Nossa Senhora de Fátima areolada, ante a qual três crianças se ajoelhavam); e Cristo, sempre com traços europeus (branco, cabelos compridos e olhos claros), em variados contextos de significado (marcando um caminho com flores; com face benevolente; como marca d'água por detrás de um texto; sendo carregado após a crucificação; colhendo flores; marcando um caminho com flores; com um cajado, aureolado, batendo em uma porta; e o Sagrado Coração de Jesus).

Os *símbolos religiosos* abrangiam cruzes de variados tipos e tamanhos, solitárias ou com flores, e pombas representando o Espírito Santo. As *paisagens* eram bastante diversificadas, como: campos floridos; o mar aberto com aves marinhas a sobrevoá-

lo; campos abertos com pássaros; nuvens; montes; e o alvorecer ou o ocaso. As *fotografias* abrangiam fotos do falecido com ou sem familiares ou amigos, em contextos corriqueiros (festas, pescaria, sentado a sorrir, posando), emolduradas ou não, de corpo todo ou não (busto), em diferentes idades/etapas da vida; e do tipo foto para documentos (3x4). A *composição* das imagens era: [1] simples, como um *close* na face de Cristo esculpida em pedra e coroada com espinhos; [2] complexa, por exemplo, a sobreposição de uma cruz por um braço cuja mão segurava uma rosa; [3] fotomontagem, como: fotos do ente em meio a nuvens; sobre o mar aberto; em meio a um cenário natural bucólico com luz de fundo dando um aspecto celestial à foto; sorrindo envolto por uma brilhante aura (busto), jazendo por detrás um amplo horizonte quando do alvorecer ou ocaso; [4] reais¹⁵ ou desenhadas, ocorrendo também de não haver fotos do ente no documento. Essas subcategorias poderiam se sobrepor, preponderar uma sobre as demais e mesmo haver a inexistência duma das quais num documento.

Texto

As informações mais recorrentes foram o nome completo do falecido, junto ao qual poderia(m) associar-se o(s) apelido(s) e as datas de nascimento e falecimento¹⁶, não havendo esclarecimento da ocasião em que foram entregues. Houve somente a ocorrência de dois casos em que ficou claro o evento para o qual os elogios fúnebres foram confeccionados: um alusivo ao sétimo dia (“7 dias sem você”); e, o outro, ao primeiro ano de falecimento. Considerando-se os elementos comuns à liturgia católica, como a presença de cruzes, imagens e orações de São Francisco de Assis, imagens de alguma Nossa Senhora, o extrato de texto de Santo Agostinho (sempre o mesmo: “Vou para o Pai, mas não esquecerei aqueles que amei na terra”), solicitações de oração e homenagem às almas, assim como a ocorrência de um texto com indício de ser espírita e um texto “oriental” – assim classificado por ter a autoria atribuída ao ativista Mahatma Gandhi, de nacionalidade hindu – identificamos: 27 elogios fúnebres católicos, um cristão-espírita, um “oriental” e 19

¹⁵ Reais, aqui, referem-se às montagens feitas a partir (ou contendo) de objetos (pessoas ou símbolos) que foram digitalizados, portanto, retirados de um contexto pré-existente.

¹⁶ Com exceção dum elogio fúnebre, em todos os demais havia as datas de nascimento e de falecimento do ente.

entre não religiosos e religiosos (majoritariamente) cuja liturgia cristã era inexata. Ou seja, 56% dos elogios fúnebres são, evidentemente, pertencentes à liturgia católica.

Os textos foram subcategorizados em pré-elaborados e espontâneos. Os *pré-elaborados* são textos prototípicos, pré-existentes aos novos elogios fúnebres, meramente repetidos ou adaptados (paráfrases ou recortes de textos de domínio público); e os *espontâneos* são os que guardam certa originalidade, criatividade e simplicidade, não sendo meras cópias ou sínteses de textos pré-existentes, ainda que possam conter elementos destes.

Os textos espontâneos apresentam, majoritariamente¹⁷, a combinação das seguintes características: jargões religiosos (termos e trechos bíblicos, e alusão ao sobrenatural); argumentação laudatória (imagem positiva do ente); e expressão de sentimentos (saúde, dor, ânsia por intercessão, esperança, consternação, lamento, gratidão, resignação, gratidão a Deus e ao falecido pelo tempo de convivência, ocorrendo um único caso de agradecimento direto à rede social pelo suporte prestado). Os textos são elaborados em nome de membros da família nuclear (pais/consortes, filhos/netos, noras/genros)¹⁸, todavia, a autoria é sempre inexistente ou inexata e se destinam aos parentes e aos amigos do falecido: quer na terceira pessoa do singular quer na primeira (baixa ocorrência), havendo em relação a este último caso a utilização de textos do próprio falecido¹⁹ ou palavras de terceiros falando por ele²⁰.

Os textos pré-elaborados são compostos na íntegra, ou em relevante parte, por escritos de domínio público, como trechos bíblicos e máximas populares. Destacamos que em um mesmo elogio fúnebre essas subdivisões se mesclam, preponderam ou prevalecem uma sobre as demais. Poderíamos dizer que ambas as

¹⁷ Ocorreu que em nove publicações os textos espontâneos não tinham conteúdo religioso, contudo, salvo um caso, em que a natureza da publicação era de clara memorização – sem intenção religiosa na imagética e nos textos – os escritos espontâneos das demais publicações estavam alocados num “contexto religioso” devido à imagética ou texto pré-elaborado.

¹⁸ Houve a ocorrência de um caso em que o texto parece ter sido elaborado por uma amiga do falecido e, diferentemente dos demais conteúdos, esse sugere ser de “natureza espírita”.

¹⁹ Houve a ocorrência de um único caso de terem sido utilizados textos de autoria do próprio falecido no elogio fúnebre.

²⁰ Destacamos o elogio fúnebre de uma criança que faleceu com um ano de idade, que deixa uma mensagem dizendo ser um anjo que retornou ao céu e o de um adulto que deixa um “tchau para todos”.

formas guardam similitudes, visto que os textos espontâneos contêm características dos pré-elaborados ao abordarem a morte e a perda num crivo religioso e emocional. Os textos dos elogios fúnebres são integralmente pertencentes, poder-se-ia dizer, à cosmogonia católica, salvo a ocorrência de um único de “natureza espírita”.

Descrição fenomenológica dos obituários

A análise dos obituários focalizou três grandes categorias: a topografia, a imagética e o texto. Os obituários são sempre publicados na “seção comunicados” do periódico, dividindo espaço com outras modalidades de comunicação, como: convocações; editais; orações e simpatias; pareceres; notas explicativas; erratas; decretos; e avisos de licitação.

Topografia

Graficamente, os painéis mortuários são apresentados na forma de variados quadros, cujas bordas, de formatos múltiplos, delimitam e destacam os conteúdos, e foram classificados em *simples* ou *ornamentados*. Os quadros simples constituem-se de meros traçados finos, espessos ou pontilhados, mas sem adornos. Os ornamentados possuem o traçado mais elaborado, como: no formato de elipse; variadas espessuras e cores (*dégradé*, superfície reflexiva); dobramentos nos extremos; marca d’água; efeito “pergaminho desenrolando-se”. Quanto ao *tamanho*, as impressões apresentam variadas dimensões, pequenas (cerca 7,0 cm de comprimento x 6,0 cm de altura), médias (cerca de 15,0 cm x 8,0 cm) e grandes (cerca de 27,0 cm x 9,0 cm). Observou-se que, mesmo pequenos, alguns painéis são expressivos, pois contêm ricas combinações gráficas, destacando-se tanto quanto (ou mais) que os quadros maiores. Quanto ao *formato*, são retangulares, elípticos ou quadrados.

Imagética

Os obituários foram classificados em três subgrupos de imagem que se apresentam de modo isolado ou combinado, a citar: símbolos religiosos, fotografia e fotomontagem. Os *símbolos religiosos* identificados são pombas (alusivas ao Espírito Santo) e cruzes. São comuns *fotografias* espontâneas (situações cotidianas) ou formais (tipo 3x4), assim como imagens inseridas por *fotomontagem* (combinação de fotos espontâneas). Apesar de os obituários apresentarem múltiplas formas de serem organizados, em havendo fotografias, elas são exclusivamente dos falecidos.

Texto

Os obituários apresentam, recorrentemente, as seguintes informações: nome completo do ente (podendo conter também apelido[s]); data de nascimento e morte (ou somente a data de morte e a indicação do tempo decorrido desde então); nome de familiares e parentes; a conclamação para um evento religioso (missa de sétimo dia, de um mês, de seis meses, de um ano e de dois anos, culto protestante e velório seguido de sepultamento²¹); a expressão de agradecimentos²² e de sentimentos (saudades, pesar, carinho [ao ente], consternação, fé, esperança, agradecimento em nome do ente [primeira pessoa], orgulho [“profissional herói”]); e memorização da morte, indicada por não haver conclamação. Quando há alguma modalidade de conclamação – que compreende a quase totalidade das publicações – dispõem-se o endereço, data e hora do evento e, comumente, o nome de familiares, parentes (incluindo genros/noras e cunhados[as]) e amigos. Assim como os elogios fúnebres, a autoria dos obituários é inexistente ou inexata. Os textos dos

²¹ Ocorreram três casos em que os velórios foram realizados nos próprios cemitérios e quatro convocações para missas (igrejas católicas) que foram praticadas dois dias seguidos. Com base nos elementos comuns à liturgia católica, como: vários tipos de missa (sétimo dia, 30 dias, um ano e dois anos); símbolos religiosos (cruzes e pombas); solicitações de orações e homenagens às almas; convites para ir à igreja, capelas, paróquias e comunidades com nomes alusivos a santos e “Marias” (variações de “Nossa Senhora”), assim como a ocorrência de uma publicação protestante e memorizações, identificamos: 39 obituários católicos, um protestante e cinco de liturgia inexata/inexistente (memorização).

²² Os agradecimentos dos familiares eram destinados a todos que comparecessem *ao ato de carinho, de solidariedade e fé cristã* (termos recorrentes). Houve espaço também ao agradecimento das equipes dos hospitais que haviam contribuído aos cuidados do ente. Notou-se que esses agradecimentos, ainda que evocassem religiosidade, pareceram empregá-la (a religiosidade), destacadamente, como eficaz ferramenta ao acesso à rede social interessada (parentes, amigos e profissionais de saúde).

obituários, diferentemente dos dos elogios fúnebres não foram subcategorizados devido à sua natureza estruturada.

Dos 45 obituários analisados, identificamos: 24 sobre missa de sétimo dia; quatro de missa de 30 dias; um de missa de seis meses; nove de missa de um ano; um de missa de dois anos; três de velório seguido de sepultamento; dois de memorização (não convocatórios); e um convocatório para culto protestante, ou seja, 87% dos obituários são convocatórios e para missas (liturgia católica).

As publicações conclamatórias são de natureza emocional e, essencialmente, pertencentes à cosmogonia católica, dado que convidavam à participação de missas organizadas por comunidades e em igrejas com nomes de santos ou de alguma Maria (Mãe de Cristo). Entretanto, ocorreu um caso de conclamação protestante, convidando a rede social para um “culto de fortalecimento para a família”, em uma igreja de denominação neopentecostal. Por fim, há também duas ocorrências de convocações (missas de sétimo dia) citando o nome de uma mesma agência funerária, indicando que o gerenciamento do obituário pode ser um serviço terceirizado.

Redução fenomenológica

A descrição das publicações mortuárias nos conduziu a um núcleo temático composto por quatro aspectos: a oficialização, a memorização e a materialização da perda; a conclamação dos possíveis interessados no evento; os ritos de passagem; e as estratégias de enfrentamento.

A “oficialização” concerne ao fato de ambos os artefatos cumprirem a função de *socialização* da perda. A “memorização e materialização” concernem que ambos os documentos homenageiam o falecido e concretizam socialmente a sua morte. A “conclamação” concerne ao fato de os artefatos evocarem a rede social dos familiares, parentes e amigos do falecido a participar de missas ou culto (protestante), velórios e sepultamentos. Essa dinâmica é implementada pelos obituários; contudo, ambos os artefatos podem se complementar quando da

oficialização, materialização e memorização da perda: os obituários conclamam pessoas para as missas, ao mesmo tempo em que memorizam e oficializam a perda, como se fossem uma modalidade de Diário Oficial dos Poderes do Estado, em sequência, essas funções são reforçadas quando das missas, nas quais ritos socio-históricos são executados e preservados, também, pela distribuição dos elogios fúnebres. Por fim, visto que fazem parte dos costumes, o emprego sincronizado de ambos faz com que atuem como “ritos de passagem” e “estratégias de enfrentamento” fundados em princípios filosófico-conceituais católicos que originam uma ferramenta de socialização e suporte social.

Interpretação

Pela mediação dos ritos mortuários, provoca-se a reunião de familiares, parentes e amigos, num contexto religioso. Por tal, o grupo compartilha a experiência, ideias e sentimentos, e concretiza reconfigurações sociocognitivas que demarcam uma etapa de mudança em suas vidas (CONCEIÇÃO, 2009; TORRES, 2006; GIACOIA JÚNIOR, 2005; QUEIROZ, 1983; WITTER, 1983).

Os artefatos executam funções complementares, mas com certo grau de especialização. Por meio dos obituários, a rede social é ativada, quando pessoas são convidadas para as missas, nas quais são distribuídos os elogios fúnebres. Identificamos que 87% dos obituários são convocatórios, isto é, para eventos da liturgia católica, sendo que 56% dos elogios fúnebres explicitam, principalmente pela imagética e raramente pelo texto, em que evento são entregues. Todavia, não é incorreto afirmar que a totalidade dos elogios fúnebres é praticada por católicos, haja em vista serem distribuídos nas missas.

Ainda que minoritariamente, os obituários podem memorizar sem conclamar, ou conclamar para um evento religioso não católico, o que não se dá em relação aos elogios fúnebres. A diferença litúrgica entre católicos e protestantes não autoriza o uso dos elogios por estes, entretanto, é possível a sua prática, por exemplo, por espíritas. Mesmo que a religiosidade católica atue como princípio organizador dos artefatos, semelhante à fotografia mortuária (KOURY, publicação *online*), são antes

uma prática popular institucionalizada, com viés religioso, do que propriamente uma prática religiosa. Esta afirmação é ratificada pela padronização e imutabilidade do leiaute das impressões, a impessoalidade dos escritos e o agenciamento por empresas funerárias, similarmente ao que foi indicado por Witter (1983). Esse nível de desprendimento entre religião e costumes é mais evidente em relação aos obituários do que em relação aos elogios pelas razões já consideradas.

Posto que a Região da Grande Vitória é o principal espaço urbano e industrializado do Estado, o elevado grau de privatização e terceirização dos afazeres citadinos faz com que não nos ocupemos diretamente da morte, cabendo a especialistas, como médicos legistas, agentes funerários e coveiros, tal responsabilidade (DESPELDER; STRICKLAND, 2002; KOURY, 2002; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999). Igualmente, devido a outras características da urbanização, a citar: a grande difusão de informações pelas mídias; as produções materiais e simbólicas intensas; as reacomodações geopolíticas, tal como o crescimento numérico por deslocamento populacional e a reacomodação populacional; e o crescimento da influência política de grupos estruturados e ideologicamente estáveis, como dos neopentecostais (SOUZA, 2012; SILVA, 2007; GOMES, 2006), criam ocasião de transformações na lida com os artefatos mortuários. De fato, esta contextura pode ocasionar a perda da familiaridade com a morte; contudo, as transformações e as adaptações de costumes antigos (XU, 2007), e a presença, mesmo que de modo atualizado de tradições religiosas (FULGUM, 1998), podem representar um eficaz contrapondo e um ponto de compensação nessa dinâmica.

O jornalismo literário nos EUA e na Bretanha (SUZUKI JR., 2008) sugere um possível futuro dos obituários nos grandes jornais do Brasil. E, inobstante às incertezas, a confecção de obituários e elogios fúnebres aponta que *ainda* há forte funcionalidade nas práticas mortuárias e no pensamento mágico-religioso na atualidade, malgrado a comum ideação de que a contemporaneidade é o espaço da racionalidade (ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999).

Captamos que as estratégias de enfrentamento e os ritos de passagem, expressos no uso conjugado dos artefatos, representam mecanismos sociais que mesmo atravessados por variáveis do tempo (episteme), que lhes podem modificar e mesmo

debilitar, mantêm-se ativos – talvez – porque antes de qualquer coisa, referenciam a iminente necessidade humana, de algum modo, de atribuir significados, partilhar experiências, de se rir e com os outros, de amar e esperar ante a cruel instabilidade do viver (DESPENDER, STRICKLAND, 2004; ELIAS 2001; BRADBURY, 1999; MORIN, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação nos fornece indícios de que as práticas mortuárias são um mecanismo simbólico e material de apoio à reequilibração de “mundos em ruínas”, mitigando os efeitos deletérios da dor (DEJOURS, 1998) pela ativação da solidariedade no momento mais intenso da perda, mesmo que no porvir, os envolvidos experimentem habituais oscilações comportamentais afetivas, cognitivas e do agir (FONSECA; VASCONCELOS, 2005).

Inferimos que a liturgia católica atua como princípio organizador de *tradições institucionalizadas* que promovem estratégias de enfrentamento e o estabelecimento de marcos de mudança na vida numa matizada coletividade. Por tal, poderia ser considerado o elemento organizador de RS de natureza emancipada, porque “[...] reflectem a cooperação entre grupos [por exemplo, o uso dos obituários por católicos e protestantes, e dos elogios fúnebres entre católicos e espíritas], resultam da troca de significados diferentes sobre um mesmo objeto” (VALA, 2004, p. 462).

Depreendemos como Representações Sociais da perda, veiculadas nos artefatos mortuários, a ratificação e a socialização do entendimento de que para os vivos – confessionais ou não confessionais – o ente perdido desfruta de paz e tranquilidade no além devido às suas virtudes terrenas, desvelando a natureza reparadora e laudatória dos ritos e artefatos mortuários. Igualmente, que a ativação da rede social do falecido e dos enlutados é essencial à família e aos demais envolvidos devido às demandas de ordem financeira, afetiva e psicossocial que devem administrar, como preconizado por Parkes (1998). E, por fim, que a reestruturação das vidas em crise pode ser mais eficazmente promovida pela participação coletiva, contextura que ratifica a afirmação de Xu (2007), Elias (2001) e Koury (publicação *online*) de que as

práticas mortuárias são antes cruciais à vida e aos vivos que propriamente para os mortos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**. MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). Goiânia: AB, p. 28-38, 1998.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARRY, E. From epitaph to obituary: death and celebrity in eighteenth-century. **International Journal of Cultural Studies**, 2008; 11; 259.

BRADBURY, M. **Representations of death: a social psychological perspective**. New York e Londres: Routledge, 1999.

CASTRO, V. **Das igrejas ao cemitério**: políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2007.

CHALCO, E. C. La muerte como sanción y compensación: visión de equilibrio y reciprocidad en Cusco. **Chungará** (Arica), Arica, v. 33, n. 2, jul. 2001. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07173562001000200004&lng=es&nrm=iso.

CONCEIÇÃO, J. S. Rituais mortuários: espaço de construção identitária. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 94, março de 2009.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DESPELDER, L. A.; STRICKLAND, A. L. **The last dance**: encountering death and dying. 7. ed. Mc Graw Hill, 2002.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**; as regras do método sociológico; o suicídio; as formas elementares da vida religiosa. GIANNOTTI, J. A. (Org.). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

FULGHUM, R. **Do começo ao fim**: uma análise delicada das celebrações cotidianas. São Paulo: Best Seller, 1995.

FONSECA, J.; VASCONCELOS, M. M. Religião, morte e luto. FRANCO, M.H.P (Org.). **Nada sobre mim sem mim**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

GIACOIA JÚNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina** (Ribeirão Preto), 2005; 38(1): 13-19.

GOMES. E.C. Morte em família: ritos funerários em tempo de pluralismo religioso. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 2006, V. 49 Nº 2.

GURGEL, A. **Direitos sociais dos moribundos**: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas. São Luís: Edufma, 2008.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. **Psicología Social, II**: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. Paidós, Barcelona, 1986.

JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. **Psicologia & Sociedade**, jan./jun, 10 (1), p. 54-68, 1998.

KOURY, M. G. P. **A fotografia mortuária na cidade do Recife, Pernambuco**: indicadores de um imaginário urbano sobre fotografia e morte nos finais da década de 1990. Disponível em: <<http://www.studium.iar.unicamp.br/cinco/2.htm>>. Acesso em: 16 de fev. 2011.

_____. Sofrimento íntimo: individualismo e luto no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção/Grupo de Pesquisa em Antropologia e Sociologia da Emoção da Universidade Federal da Paraíba**, vol. 1, n. 1, abril de 2002, João Pessoa: GREM, 2002. Quadrimestral.

MASS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

LEITE, J. C.; GOMES, W. B. Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista. GOMES, W. B. **Fenomenologia e pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1998.

MORIN, E. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. STREY, M.N. et al. (Orgs.). **Psicologia Social Contemporânea**: Livro-texto. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

QUEIROZ, R. S. A morte e a festa dos vivos. MARTINS, J. S. (Org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

ROTHSCHILD, D.; CALAZANS, R. A. Morte: abordagem fenomenológico-existencial. KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

SILVA, V. G. Neopentecostalismo e religiões afro-brasileiras: Significados do ataque aos símbolos da herança religiosa africana no Brasil contemporâneo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, abr. 2007.

SOUZA, A. R. O pluralismo cristão brasileiro. **Caminhos**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 129-141, jan./jun. 2012.

SUZUKI JR., M. (Org.). **O livro das vidas**: obituários do New York Times. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

TORRES, Delci. Ritos de paso: Ritos funerários (La búsqueda de la vida eterna). **Paradigma**. [online]. 2006, vol.27, no.1 [citado 26 Mayo 2012], p.349-363. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101122512006000100013&lng=es&nrm=iso>.

TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; GIANÓRDOLI-NASCIMENTO, I. F. Organização e interpretação de entrevistas: uma proposta a partir da perspectiva fenomenológica. RODRIGUES, M. M. P.; MENANDRO, P. R. M (Orgs.). **Lógicas metodológicas**: trajetos de pesquisa em Psicologia. Vitória: UFES – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ GM Gráfica Editora, 2007.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. VALA, J; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia Social**. 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa (Portugal), 2004.

WACHELKE, J. Social Representations: A Review of Theory and Research from the Structural Approach. **Universitas Psychologica**, Norteamérica, 11, dic. 2012.

WITTER, J. S. Os anúncios fúnebres (1920-1940). MARTINS, J. S. (Org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

XU, Y. Death and Dying in the Chinese Culture: Implications for Health Care Practice Home. **Health Care Management Practice** 2007; 19; 412. DOI: 10.1177/1084822307301306. Versão *online* disponível em <http://hhc.sagepub.com>

3.3 Luto por viuvez: estudo sobre representações sociais em narrativas de enlutados

Resumo

O objetivo deste estudo é a apreensão de representações sociais sobre o luto por morte de sujeitos enviuvados residentes na Região Metropolitana da Grande Vitória. Foram entrevistados dois sujeitos heterossexuais masculinos, três *gays* masculinos e cinco heterossexuais femininos. O roteiro de entrevista incluiu os seguintes núcleos temáticos: natureza da perda; comportamento pessoal e suporte social; relevância do serviço funerário; aspectos sócio-históricos da morte e do luto; e estratégias de lida com a perda. As informações foram processadas pelo *software* ALCESTE que organizou cinco classes estáveis: classe 1, *Viuvez tradicional, consolo pela devoção maternal e religiosa*; classe 2, *Perda repentina: baque e luto*; classe 3, *Luta contra a e aspectos da perda*; classe 4, *Nostalgia como forma de alienação: o luto como negação da morte por uma promessa de vida não realizada*; e classe 5, *Dívidas e direitos no pré e pós-morte*. Identificamos como representação social do luto um conjunto de entendimentos animados pela tensão entre as práticas de caráter societário (heterodoxo/individualista) e tradicional (ortodoxo/coletivista). Concluímos que o luto, mesmo sendo enunciado como uma experiência pessoal e que deve ser administrada sem ostentação, representacionalmente emerge como uma vivência fortemente marcada por elementos metafísicos e dos costumes, sugerindo a existência de ativos dispositivos psicossociais à sua lida no tecido social.

Descritores: Representações sociais. ALCESTE – *software*. Luto. Morte.

INTRODUÇÃO

Da individualização dos modos

A expansão do conhecimento real e a correspondente retração do conhecimento fantasioso andam de mãos dadas com o aumento do controle efetivo dos acontecimentos que podem ser úteis às pessoas, ou dos perigos que podem ameaçá-las. A idade e a morte estão entre estes últimos (ELIAS, 2001, p. 89).

A (re)orientação do *modus operandi* e *faciendi* da morte e do morrer na atualidade ocidental se ancora em produções coletivas gestadas no decurso da longa duração. Grosso modo, nos últimos 500 anos, houve um *surto civilizador*²³ que se iniciou na Europa. Paulatinamente, foram instiladas modificações nas estruturas das sociedades (economia, comércio, educação, segurança, política e saúde) que afetaram a abordagem dos temas (ELIAS, 2001).

Para o autor, a grande mudança repousa na transição da natureza coletiva para a privada das relações sociais, pois o “[...] morrer era uma questão muito mais pública do que hoje” (p. 25). Gerações anteriores falavam mais abertamente da morte, da sepultura e da decomposição, mas não por obsessão ou interesse mórbido, como defendem algumas hermenêuticas historiográficas. Ao homem comum era habitual o viver comunitário, e o nascimento e a morte eram eventos mais socializados que atualmente.

Segundo Bradbury (1999) e Elias (2001), ao longo do período medieval, e um pouco mais adiante, seria improvável que o morrer fosse facilmente enfrentado por todo e qualquer um, e que os idosos e os moribundos fossem sempre bem tratados pelos familiares. À época todos – incluindo-se as crianças – participavam dum cotidiano muitas vezes violento e imprevisível, e marcado desde assassinatos por vingança até execuções públicas oficiais. Num contexto em que a visão recorrente de corpos e assassínios era comum, não é de se estranhar a maior “intimidade”, e a conseguinte maior liberdade de expressão, com a morte.

²³ Para detalhes sobre a teorização do processo civilizador, ver: ELIAS, N. O processo civilizador. Rio de Janeiro, Zahar, 1993, tomo 2.

A encenação da Dança da Morte, ou macabra, e a ampla difusão de xilogravuras do tema ao longo do século XV, traduzem não o fascínio, mas antes a consciência de que todos dentre monarcas, bispos, nobres e plebeus seriam igualmente ceifados (HUIZINGA, 2010). O trecho de um poema de fins do século XVII, de autoria desconhecida, abaixo citado, habitual na literatura barroca, exemplifica um estilo pitoresco de expressão afetiva e que facilmente seria reprovado na atualidade. Ele provavelmente causou estranhamento, reflexão e graça aos seus contemporâneos. No entanto, tratava-se duma forma socialmente autorizada de manifestação do amor romântico.

Por fim a morte pálida com a sua mão gelada com o tempo acariciará teus seios [...]. Teu cabelo que agora tem o tom de ouro os anos farão cair uma comum madeixa. [...] Então ninguém mais cultuará teu esplendor agora divino. Isso e mais que isso por fim terá passado, só teu coração todo o tempo durará porque de diamante o fez a natureza (ELIAS, 2001, p. 27).

Observa-se que o sentir se traduzia dum modo distinto do que é habitual nos dias atuais, mesmo nas relações intergênero, porquanto “[...] No século XVIII, os homens podiam chorar em público; isso se tornou hoje difícil e pouco frequente. Só as mulheres ainda são capazes, socialmente livres para fazê-lo – por quanto tempo ainda?” (KOURY, 2002, p. 35).

Elias (2001) ressalta que em estágios anteriores ao desenvolvimento social contemporâneo, a forte institucionalização coletiva, religiosa ou não, orientava mais eficazmente os indivíduos e os grupos quando do luto por morte, como ponderado por Durkheim (1983), abaixo citado, sobre as várias formas sociais à coesão e à coerção dos indivíduos, dentre as quais a religião. O social, ao mesmo tempo em que formado pelos indivíduos, todavia deles mais expressivamente autônomo, fornecia potentes mecanismos protocolares ao controle e à orientação das coletividades.

[...] Definitivamente a religião é o sistema de símbolos através dos quais a sociedade toma consciência de si própria; é a maneira de pensar do coletivo. Eis, portanto, um vasto conjunto de estados mentais que não se teriam produzido se as consciências individuais não estivessem unidas [...]. Ora, o que pretendemos dizer quando defendemos a heterogeneidade do social e do individual é que as observações precedentes se aplicam não só à religião, mas também ao direito, às modas, às instituições políticas, aos métodos pedagógicos, etc., em resumo, a todas as formas de vida coletiva (p.193-4).

Outrora, e em regiões atuais onde tradições ainda são expressivas, mecanismos sociais ditavam o que fazer e como fazer ante a perda, simplesmente porque há tanto tempo era feito que as razões do costume se perderam nos meandros da memória coletiva (XU, 2007; TORRES, 2006; ARIÈS, 2003; CHALCO, 2001; FULGHUM, 1995). A citação abaixo, concernente a uma comunidade do interior do Estado de São Paulo, ratifica a assertiva.

A generosidade demonstrada no acolhimento aos visitantes [estendendo laços de parentesco, compadrio e vizinhança], especialmente nos gastos com os alimentos que lhes são oferecidos, não deixa de causar abalo no orçamento da família hospedeira. Mas a generosidade é compensada pela manifestação de solidariedade contida na presença “honrosa” dos visitantes. **Assim, a família enlutada reafirma o seu prestígio, e o povoado a sua integração** (QUEIROZ, 1983, p. 250, grifo nosso).

Desse modo, as concepções vigentes sobre a tradicional “morte domada” (familiaridade) e a atual “morte selvagem” [não familiaridade] (GURGEL, 2008, ARIÈS, 2003 e KOVÁCS, 2003) – que podem ser traduzidas como idealizações dum bom passado *versus* um mau presente (ELIAS, 2001) – não alcançam avaliar que a forte institucionalização contemporânea dos afazeres coopta responsabilidades que habitualmente estavam a cargo das famílias e comunidades. Tornam-se conceitos vazios, visto que mantém um entendimento fixo sobre a experiência da morte. Ao se preconizar a plena familiaridade dos antigos com ela, em detrimento dos contemporâneos, promulga-se uma representação social sobre um inequívoco fato biofisiológico (DESPELDER; STRICKLAND, 2002) que é transculturalmente e atemporalmente razão de desestabilização e temor, e que desencadeia a mobilização psicossocial das coletividades, quer antigas quer modernas, à sua lida (CONCEIÇÃO, 2009; TORRES, 2006; GIACOIA JÚNIOR, 2005; ARIÈS, 2003; ELIAS 2001). Huizinga (2010) destaca que na morte se vê o

Medo da vida: a negação da beleza e da felicidade porque desgraças e sofrimento estão ligados a elas. Há uma semelhança incrível entre a expressão indiana antiga, a saber budista, e a expressão cristã medieval desse sentimento. Também ali é encontrada essa aversão por velhice, doença e morte, também ali o exagero dos detalhes do apodrecimento (p.226).

A privatização ou terceirização da lida com a morte e o morrer, no Brasil, inaugura-se em meados do século XIX, notadamente pela realização dos princípios

higienistas da medicina social francesa (CASTRO, 2007). A implementação de políticas públicas focadas na reestruturação das cidades (melhorias infraestruturais e nova cartografia do social) puderam ser praticadas em função da laicização estatal e da expansão de ideais liberais. Preceitos metafísicos são substituídos por ideologias progressistas que preconizam o fortalecimento e a autonomia estatal e a defesa dos interesses de mercado representados, por exemplo, pela indústria funerária. Esse deslocamento foi fortalecido pelo temor das epidemias que se romperam País afora, principalmente nas capitais, o que validou o discurso das autoridades sanitárias que passaram a cooptar o trato da saúde pública (GURGEL, 2008; CASTRO, 2007; KOURY, 2002).

Os fundamentos dos ritos sociais da “boa morte” pautados em valores medievais e religiosos católicos – como o sepultamento no interior das igrejas e o controle eclesiástico pleno sobre tal – são questionados em prol dum novo gerenciamento. Koury (2002) salienta que cadáver e alma têm os seus destinos separados, e a religião, cujos preceitos se fundam na crença da morte como passagem à outra vida, tem o seu poder de “instância desindividualizadora” enfraquecido. A eficácia e difusão dos ritos de passagem e a interiorização de verdades do sagrado são amainados (CONCEIÇÃO, 2009; TORRES, 2006; GIACÓIA JÚNIOR, 2005; QUEIROZ, 1983). Essa dinâmica representa

[...] a transição das fantasias coletivas de imortalidade de um estágio em que predominam as fantasias coletivas altamente institucionalizadas para outro, em que as fantasias individuais e relativamente privadas surgem com mais força (ELIAS, 2001, p. 44-45, grifo nosso).

Foram operadas mudanças nas antigas práticas e relações sociais em torno da morte e do luto no ocidente (KOURY, 2002). Os tópicos na atualidade urbana, com realce, distam do cotidiano social dada a crescente mediação do estado nas estruturas sociais e a terceirização da lida com a saúde, com os corpos e os sepultamentos (BRADBURY, 1999; DESPELDER, STRICKLAND, 2002). Os avanços tecnológicos em saúde têm propiciado a maior longevidade da população, o que justifica a ideiação de que a morte pode ser controlada ou adiada (KOVÁCS, 2003).

Antigos e difundidos discursos e agires, hoje considerados clichês, passam a ser rejeitados e desinstitucionalizados. Esse intenso processo de “informalização” gerou desafios, passando a requerer dos indivíduos os meios à lida com a perda, o que nem sempre todos podem cumprir, e pode igualmente minar a espontaneidade à expressão da ternura e do amor. Mudaram-se os modos, a comunicação se tornou truncada e a fala ficou recuada (ELIAS, 2001). Desde cedo, os adultos contemporâneos são afastados da experiência da morte e do luto, e assim repetem com os infantes o que lhes foi legado na contínua tentativa de poupar o outro dos fardos da existência. Conforme a lógica sociológica de Mass (2007), o processo de individualização pode ser compreendido como uma elaboração social, gerada e mantida pela pressão que a sociedade exerce sobre os indivíduos, visto que

[...] essas dominações totais das consciências individuais, engendradas no grupo e pelo grupo, não são as únicas. As ideias então elaboradas se mantêm e se reproduzem no indivíduo sob a pressão permanente do grupo, da educação, etc [...] (p. 351).

Investigando a prática do luto na classe média urbana de capitais brasileiras, Koury (2002) observou que a sociabilidade atual vem se constituindo numa perspectiva individualista, isto é, “Este processo de distanciamento e de estranhamento do outro, causado pela individualidade crescente e pela afirmação do privado, parece ser a tendência [...]” (p. 86). O hábito coletivo e secular de velar, guardar e sofrer pelos mortos, bem como de se apoiar mutuamente para a reintegração social dos enlutados, manteve-se por décadas; todavia, entre os anos 1960-70, enfraqueceu-se expressivamente.

O caráter ambíguo da “sociabilidade individualizadora” passa a traduzir a natureza de novos afazeres sociais em cujo cerne está o indivíduo em dor e uma plateia resignada com o seu quadro. Houve alteração da natureza das trocas simbólicas no social, tendendo para o maior controle gestual, dos trejeitos, do olhar, genericamente do decoro, o que expressa uma economia na manifestação da afetividade, que podem ser identificados na

[...] descrença nas fórmulas rituais de sujeição social da dor pessoal de quem sofre uma perda, e da integração do morto às malhas do social através de uma série de ritos de passagem, o impedimento tácito às expressões intensas de sentimento e o modo higiênico no trato do morto [...] (KOURY, 2002, p. 77).

Da Patologização do Luto

A contemporaneidade tem sido amplamente marcada por explicações científicas, em detrimento dos costumes e da religiosidade como importantes mediadores dos processos sociocognitivos e psicossociais de enfrentamento da morte e do morrer (ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999). A patologização, o tecnicismo e a medicalização dos tópicos, quer na educação superior (ESTEBAN, 2012; CAMPELOS, 2006) quer na prática em saúde (OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; LAGO et al., 2007; BRADBURY, 1999), têm obliterado a maior integração entre as atividades dos universos reificados (científico) e consensuais (senso comum), restando as possíveis contribuições que a cultura pode oferecer, por exemplo, à Medicina, à Psicologia e à Enfermagem.

Não raro são observados desafios para as equipes em saúde e para a clientela, porquanto o constante confronto com as antinomias doença/cura pode gerar o sentimento de ansiedade e de fracasso aos especialistas, como analisa, abaixo, Esteban (2012), sendo que, muitas vezes, o que se espera durante as intervenções, além do tratamento em si, é o modo de se inter-relacionar, mais franco e mais integrado, entre as partes envolvidas (OLIVEIRA, 2011; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; CAMPELOS, 2006; BRADBURY, 1999).

A morte é um dos problemas essenciais do homem, diante da qual se apresenta um intenso temor, e os médicos como homens que são, também sentem esses temores, por isso não podem enfrentá-la com serenidade. **Apesar da importância desses aspectos em suas atividades clínicas, essa problemática tão complexa não é abordada durante a formação, nem na carreira de medicina, nem durante os estudos da especialidade. As carências na formação se evidenciam quando o médico tem que lidar com suas atividades nessas circunstâncias humanas, fazendo-as mais dolorosas e angustiantes.** A morte do paciente está muito presente nas atividades dos profissionais e lhes gera sentimentos muito diversos, dentre os quais a impotência e a culpa, que podem ser reprimidos, tornam-se inconscientes e se manifestam através de sintomas somáticos ou psíquicos (p. 69-70, tradução nossa, grifo nosso).

A consideração apriorística da morte como selvagem e a desconsideração das múltiplas práticas e sentidos difundidos no social parecem se antecipar a um problema quiçá existente n'alguns contextos. Além disso, pode representar a manutenção da individualização e da medicalização obstinada do luto, em detrimento do desenvolvimento dum novo paradigma psicossocial em saúde que

valorize os meios técnicos em sua interseção com as subjetividades sociais (OLIVEIRA, 2011; XU, 2007; NEUBERN, 2000; BRADBURY, 1999).

Conceituamos o luto como uma crise, por representar um desequilíbrio entre a capacidade adaptativa requerida e a possível aptidão à sua lida por aqueles que têm algum grau de envolvimento afetivo (apego) com o ente perdido, quer familiares quer amigos, haja vista que a aptidão, em geral, é insatisfatória (FONSECA, 2004).

Desde fins da Segunda Grande Guerra, estudos em Psiquiatria e Psicologia sobre a morte e morrer, abordaram, essencialmente, o luto como uma doença do indivíduo e não como uma experiência humana universal. Segundo Bradbury (1999), “[...] Ao situar a dor na mente e no corpo doentes de um indivíduo nós podemos, então, exercitar nossa predileção em culpá-lo pelo infortúnio pessoal” (p.165, tradução nossa). Passamos a sofrer e a morrer nos termos do modelo médico, ou organicista, da saúde.

A partir da década de 1940, modelos das fases do luto foram desenvolvidos. Apesar das variações, as suas etapas podem ser assim descritas: torpor; saudade e negação; desespero; e recuperação, e são amplamente empregados nas terapêuticas psicológicas (SILVA; NARDI, 2011; FONSECA, 2004) e psiquiátricas (BOWLBY, 2004; PARKES, 1998). Mesmo que seja reconhecido, “na teoria”, que nem todos os enlutados experimentem todas as fases, “na prática”, tornaram-se muito atraentes para os profissionais em saúde e também para os clientes pelo suposto controle sobre a experiência (BRADBURY, 1999).

Com base nessa abordagem, o luto é compreendido como normal ou anormal. O normal (saudável e aceitável) é aquele que trabalhado do início ao fim é passível de cura. O anormal (patológico e inaceitável) é aquele que toma o rumo errado, podendo ser classificado como: dor crônica, dor postergada e dor interditada (BRADBURY, 1999). A lógica individualizante da terapêutica implica, subrepticamente, ser salutar que se achessem as etapas, como abaixo ilustrado.

Através da abordagem terapêutica sistêmica e do psicodrama interno, foi possível que a paciente vivenciasse intrapsiquicamente as fases normais da perda e elaborasse uma nova construção de realidade sobre a perda do pai. Este exemplo demonstra o fato de que, se o luto normal não tiver suas fases vividas no período da perda, ele pode transformar-se num luto complicado que, por sua vez, pode tomar a forma de um fenômeno psicossomático (FONSECA, 2004, p. 91, grifo nosso).

Similarmente, Bradbury (1999), em seu estudo com mulheres londrinas enviuvadas, identificou uma forte estruturação no discurso das entrevistadas, como se tivessem sido submetidas a um treinamento: elas buscavam identificar em que fase se encontravam no processo de cura do luto.

Uma vez identificados os dois caminhos da evolução da dor, passou-se a inquirir quais as razões de o luto ser diferentemente elaborado. Ao fim, elencaram-se *descrições sociais* abordadas de modo impreciso, generalizado e com poucas características individuais. Denominados fatores de vulnerabilidade, somam-se nove: a relação pré-existente com o falecido; o tipo de morte; a resposta da família e da rede social; o concomitante estresse e crise; a idade do enlutado; o sexo do enlutado; o nível social do enlutado; a religiosidade; e a personalidade do enlutado. Segue-se a seguinte lógica: quanto mais fatores forem acumulados, maior será a probabilidade dum enlutado desenvolver o luto patológico (BOWBY, 2004; PARKES, 1998).

Descritivamente, o postulado é coerente, porquanto os enlutados tendem a visitar mais frequentemente os especialistas em saúde (SILVA, NARDI, 2011; BRADBURY, 1999), e os idosos enviuvados têm maior suscetibilidade à depressão (OLIVEIRA; LOPES, 2008), podendo ainda falecer mais prematuramente do que os não enlutados (BRADBURY, 1999). Entretanto, a vulnerabilidade do modelo explicativo repousa na inadequada consideração do eminente caráter psicossocial do luto, isto é, dos *imprintings sociais* (condicionamentos) estruturantes e estruturados coletivamente (MORIN, 1998), na imbricada relação entre o *representar* socialmente, a *subjetividade* – sempre relacional – e a *produção* social de saberes (JOVCHELOVITCH, 1998).

A problemática central da morte e morrer na atualidade urbana, conjecturamos, reside na atomização das relações sociais (GURGEL, 2008; DESPELDER,

STRICKLAND, 2002; KOURY, 2002; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999) e na atenuação da força dos ritos mortuários ao apoio dos grupos em dor, que sempre buscaram posicionar a morte no viver e os indivíduos no social (SUZUKI JR., 2008; XU, 2007; FULGHUM, 1995; WITTER, 1983; QUEIROZ, 1983; KOURY, *publicação online*).

Objetivo

O objetivo deste estudo é a análise das RS do luto por morte de sujeitos enlutados residentes na Região da Grande Vitória, principal centro urbano do ES. A escolha do contexto de coleta se fundou na premissa de que a desfamiliarização com a morte e morrer tende a ser mais expressiva em áreas onde o *capital* exerce modificações mais substanciais nas estruturas fundamentais da sociedade por ação dos processos de urbanização e industrialização (ARIÈS, 2003).

Quadro Teórico

A Ciência, e suas assertivas, como potente dimensão organizadora do pensamento social contemporâneo (ELIAS 2001; BRADBURY, 1999), fomenta a dicotomização entre as práticas do universo reificado (campo científico) e as do consensual (senso comum), traduzindo uma antinomia geradora de representações sociais (RS). Por esta razão, empregamos a Teoria das Representações Sociais (TRS) como arcabouço teórico-metodológico.

De acordo com a TRS, o homem ao representar socialmente o real, mais que refleti-lo, significa-o, em consonância com as diretivas do ambiente social que o envolve (WACHELKE, 2012). Compreendidas como os equivalentes modernos dos mitos (OLIVEIRA; WERBA, 2005), as RS expressam a estreita ligação entre o homem e o meio social, todavia sem admitir a diluição dum no outro (VALA, 2004).

A teoria tem fortalecido o caráter sociológico da Psicologia Social de origem europeia, em relação à de natureza psicológica estadunidense, mais cognitivista (FARR, 1996; VALA, 2004). Para Jesuíno (1998),

Pela sua vocação de “pôr em comunicação” os diferentes níveis de análise [intrapsíquico, interindividual, intragrupal e intergrupar], pela sua orientação para os estudos das representações [sociais] e pela clara explicitação que propõe da sua própria ideologia [ideologia de mudança social *versus* a estadunidense de mobilidade social], a psicologia social que releva do paradigma europeu parece, pois, reunir melhores condições duma disciplina charneira e simultaneamente um campo de verificação das hipóteses duma epistemologia complexa (p. 57-58).

O conceito de RS

[...] designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos geradores e funcionais socialmente caracterizados. **Em sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social.** As representações sociais constituem modalidades do pensamento prático orientados para a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal. Desse modo, apresentam características específicas em nível de organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica (JODELET, 1986, p. 474, tradução nossa, grifo nosso).

Mesmo que as RS sejam largamente apreendidas a partir de elementos cognitivos, como imagens e conceitos, Jodelet (1986) ressalta que para a análise e interpretação representacional é essencial que se considere o ambiente social em que são elaboradas e circulam. Portanto, as RS se diferem do Imaginário Social em face de não se limitarem à potencialidade do pensamento e da Cognição Social porque as atividades no social não são concebidas como decorrentes imediatos do pensamento. Referem-se, portanto, a todo e qualquer objeto que, socialmente partilhado, tem relevância ou espessura sociocultural para os sujeitos (SÁ, 1993). Por esta razão,

[...] não parece haver outra alternativa senão a de se lidar diretamente com o comportamento, com todos os riscos reais e imaginário (alimentados pelo “fantasma” do behaviorismo) que isso implica. Parece que, expulso pela porta da frente, em função da chamada “revolução cognitivista”, o comportamento dos indivíduos pode acabar voltando à cena pela porta de trás, como salvaguarda contra imperialismos psicologistas e sociologistas que não cessam de ameaçar a (ainda) promissora perspectiva psicossociológica das representações sociais (SÁ, 1998, p. 112).

As RS, segundo a abordagem estrutural da teoria²⁴, desempenham as seguintes funções: *de saber*, compreender e explicar o mundo; *identitária*, de organizar e manter grupos; *de orientação*, de nortear comportamentos e práticas individuais e coletivas; e *de justificação*, de explicar tomadas de posição (ABRIC, 1998). E são formadas a partir de dois processos sociocognitivos maiores que atuam sincronicamente, a ancoragem e a objetivação, que são equalizados por fatores sociais (VALA, 2004).

A ancoragem diz respeito a ajuizamentos de valor, porque representa a classificação de pessoas, ideias ou objetos, situando-os em categorias históricas de natureza valorativa. Caso um objeto não seja passível de expresso enquadramento categorial, buscamos forçá-lo a tal, sob pena de não ser compreendido. Um exemplo corriqueiro é o da AIDS ter sido ancorada como peste ou câncer gay quando do seu surgimento (OLIVEIRA; WERBA, 2005).

Segundo Wachelke (2012), as ancoragens são antes orientandas que orientadoras das práticas sociais, ainda que habitualmente sejam correspondentes. E, as práticas sociais, conceituadas como o ato de se fazer algo, a frequência ou intensidade em que algo é feito, o rigor ao se executar uma ação e os distintos modos de se implementar uma mesma ação, não se resumem ao aspecto físico, são também cognições e emoções. Efetivamente, as RS orientam as práticas sociais quando o sujeito histórico está num contexto que lhe faculta o livre agir ou que não lhe impõe fortes restrições, e quando de vivências afetivamente carregadas que ativam ampla e fortemente práticas compartilhadas.

Já a objetivação se refere ao processo pelo qual procuramos tornar visível um conceito, ideia ou algo duvidoso, aliando-os a imagens e lhes atribuindo uma qualidade icônica. A concepção deixa de ser um signo e se torna uma cópia da realidade. Um exemplo recorrente é sobre a religião. Deus como pai é a objetivação de uma imagem nunca vista numa imagem conhecida, o que viabiliza a compreensão do que vem a ser Deus (OLIVEIRA; WERBA, 2005).

²⁴ A teoria, grosso modo, divide-se em três abordagens clássicas: estrutural, societal e processual, com particularidades metodológicas e analíticas. Todavia, preconizamos serem antes complementares do que concorrentes.

Sobre os fatores sociais, preconiza-se que as RS se estruturam de acordo com os determinantes dum contexto social. Visto que a organização social é composta de clivagens, elas afetam a consolidação representacional. As clivagens sociais, minimamente, operam em dois níveis distintos: o socioeconômico e o dos metassistemas (VALA, 2004).

Confere relevar alguns aspectos. Por serem fenômenos complexos, as RS têm um caráter duplo: específico e vasto. Específico devido ao presente das produções contemporâneas, marcadas pela intensa difusão de informações (mídias) e apropriação dos conhecimentos do universo reificado pelo senso comum, e vice e versa, do que se presumem tensões essenciais à composição: os *themata*. E vasto, pois à estruturação são também recrutados elementos no nível do imaginário social, ideológico e das vivências e comunicações cotidianas (VALA, 2004).

Lima (2008a), citando Moscovici e Vignaux, compreende que “[...] Cada representação é formada a partir de um esquema funcional fundado sobre antinomias, entretidas pela relação dialética de oscilação entre tensão – integração de teses opostas” (p. 245), e complementa, parafraseando Marková, que

[...] a existência de ‘themata de base’, implícitos na cultura e profundamente enraizados nos indivíduos e no pensamento social [fazem com que] (...) a percepção, o pensamento, o saber e a linguagem (...) [sejam] de natureza oposicional; o que significa que são fundados a partir de taxonomias [...]. Uma vez que estas taxonomias [liberdade/opressão, moral/imoral] são explicitamente formuladas no pensamento social, elas adquirem significações diferentes segundo diferentes grupos ou classes de indivíduos. Quando ativas, elas se comportam como *themata*, transformando-se em objeto de desejo, de temores, de ambições e de projeção identitária, tornando-se capazes de gerar representações sociais (p. 245).

MÉTODO

Dos participantes

Realizaram-se dez entrevistas com enviuvados. Os critérios para a seleção eram os sujeitos conviver maritalmente, residir na Região da Grande Vitória e o tempo de enlutamento situar-se entre três meses desde a perda até pouco menos de um ano

de enlutamento. O último critério se justifica na tentativa de assegurar maior conformo aos sujeitos, possibilitando-lhes certa elaboração da experiência, mas sem se distanciar demasiadamente dela. Ao fim, a realidade da coleta nos impôs acatar praticamente a totalidade de entrevistados alcançados, por não se tratar de um público de fácil acesso, dado estarem em condição de vulnerabilidade, tornando-se mais reservados, e pela dificuldade de marcação de horário para as entrevistas residenciais.

Por tencionarmos apreender informações de diferentes contextos conjugais, entrevistamos sujeitos heterossexuais e *gays*, assim se dividindo a amostra: dois sujeitos heterossexuais masculinos, três *gays* masculinos e cinco heterossexuais femininos. Não logramos entrevistar *gays* femininos.

Da coleta de dados

Os participantes foram acessados pela mediação de conhecidos, duma delegacia de polícia e dum padre, constituindo, portanto, uma amostra de conveniência. Os diálogos ocorreram nas residências dos respondentes, em horário negociado, e segundo um roteiro semidiretivo orientado pelos seguintes núcleos temáticos: natureza da perda; comportamento pessoal e suporte social; relevância do serviço funerário; aspectos sócio-históricos da morte e do luto; e estratégias à lida com a experiência (anexo 1).

As entrevistas foram oficialmente autorizadas pela assinatura do termo de consentimento de participação em pesquisa (anexo 2), pelo qual o anonimato foi assegurado aos respondentes e lhes foram dadas informações gerais sobre a investigação. Os nomes atribuídos aos entrevistados são fictícios.

Dos cuidados ao recrutamento dos participantes

Em sendo um grupo vulnerável, adotamos alguns cuidados. Primeiramente, solicitávamos aos mediadores informações gerais sobre o estado emocional dos enlutados. Nos casos em que não pudemos fazê-lo, deixamos claro que a entrevista poderia ser interrompida a qualquer tempo. Segundo, como as entrevistas ocorreram

nas residências dos sujeitos, em sua zona de conforto, em geral não estavam sós, e dispunham dos recursos que lhes eram importantes como: telefone, remédios, algum equipamento terapêutico e a vizinhança.

A coleta

As entrevistas seguiram a lógica do roteiro empregado por Bradbury (1999): partíamos das questões mais pessoais (e intensas), e íamos reduzindo o grau de pessoalidade em direção a questões mais coletivas. Ao fim, questionávamos que orientações o entrevistado daria a uma pessoa que havia acabado de perder o consorte. A intenção era de socializar a perda e investir a pessoa de certa autoridade, de modo que ela não se sentisse fechada em sua experiência, e mais, que já se apercebesse em condições de ajudar outros enlutados.

Por fim, oferecíamos suporte para obterem apoio psicológico nas redes municipal ou estadual. Nenhum entrevistado se interessou tampouco nos contatou, sendo que deixamos telefone e endereço eletrônico. Somente uma entrevistada nos procurou, a mais idosa, para saber se ficou boa a qualidade da entrevista e se necessitaria de nova visita.

Tratamento dos dados

As informações foram processadas pelo *software* ALCESTE (análise dos lexemas coocorrentes num conjunto de segmentos de texto), cujo algoritmo combina aspectos estatísticos, semiológicos e da psicanálise lacaniana²⁵ (LIMA, 2008b).

O Programa executa uma análise lexicográfica que envolve ambos os vocabulários e os segmentos textuais do *corpus* de análise, gerando classes estáveis, dendrogramas (classificação hierárquica descendente [CHD], que representa graficamente a correlação interclasses, e a classificação hierárquica ascendente

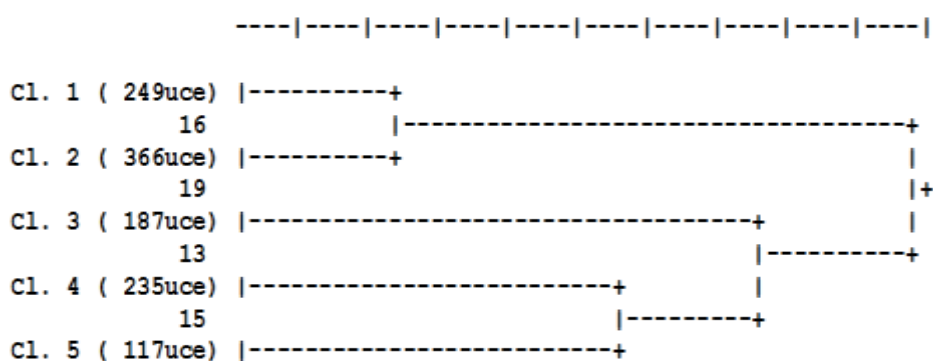
²⁵ A autora informa que não é clara a forma como a Psicanálise participa da operacionalização do Programa. Contudo, em resposta fornecida por *e-mail*, explicou que: “O que fundamenta o programa Alceste é que palavras (léxicos) usadas juntas, em várias partes do discurso, é porque formam ou provêm de um mesmo fundo tópico, e esses fundos tópicos poderiam ter a ver com aquela ‘repetição’ psicanalítica ligada ao inconsciente”.

[CHA], que representa graficamente a relação intraclasses) e análises fatoriais, que cooperam ao exame dos sentidos correntes no conteúdo.

Neste estudo, o *corpus* é formado pelo conjunto das entrevistas, cada qual sendo uma “unidade de contexto inicial” (UCI), das quais são extraídos segmentos textuais ou “unidades de texto elementares” (UCEs) que, agrupadas, segundo o critério de correlação entre os léxicos, compõem as classes estáveis (CAMARGO, 2005). O ALCESTE permite a articulação de três conceitos cruciais à investigação: Fundos Tópicos/Mundos Lexicais, *Themata* e RS. As classes estáveis reveladas pelo Programa podem ser compreendidas como “mundos lexicais”; as classes próprias, lócus da atividade de formação de sentido dos enunciados (LIMA, 2008b).

Foram geradas cinco classes estáveis, sendo as classes 1 e 2 as maiores (juntas elas compreendem 56% do *corpus*) e as mais estáveis. As classes 3, 4 e 5 são menores e menos estáveis. A estabilidade de uma classe é determinada pela intensidade relacional havida entre elas, indicado pelo valor do Chi2 interclasses.

**Figura 1 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD)
Dendrograma das classes estáveis²⁶**



Da análise dos léxicos presentes nas classes estáveis, reunidos nos fundos tópicos dos discursos, ou campos de concentração semântica, obtêm-se indícios dos *themata* que animam as RS.

²⁶ A barra representa o nível de intensidade da relação. A leitura deve ser feita da direita para a esquerda. Quanto maior o “achamento” das classes para a esquerda maior a relação interclasse (maior Chi2). O estiramento para a direita tem o significado inverso (menor Chi2).

Segundo Lima (2008a), a teoria pragmatista que fundamenta a elaboração do Programa ALCESTE, cujo “[...] tipo de tratamento das palavras [...] e o tipo de recorte das unidades do texto, [pautam-se numa] divisão [...] que não obedece a uma regra semântica, **mas uma regra formal arbitrária**” (p. 95, grifo nosso), parte da premissa de que o sentido original do discurso é inacessível. Tal fato predestina sujeito e objeto a se reconstruírem incessantemente, impondo o contínuo desafio de elaboração de significados: eles somente podem ser depreendidos por meio das “pegadas de passo”, ou “pistas” deixadas no e pelo discurso. Essas pegadas serão identificadas por meio da análise das palavras plenas, isto é, dos substantivos e dos verbos que mais contribuem para a formação das classes.

Como o Programa autoriza o emprego de variáveis ao tratamento dos dados, atribuímos os seguintes indexadores: gênero e orientação sexual (gos); idade (ida); tempo juntos (tj); período de enlutamento (enl); e natureza e causa da perda (ncp). Destacaremos alguns dados do *rapport* (relatório) da análise, pois fornecem importantes subsídios às interpretações subsequentes. O número de palavras com frequência igual a “1”, ou *hapax*, foi de 2665, o que demonstra elevada heterogeneidade lexical (CAMARGO, 2005). Essa elevada ocorrência pode significar que os entrevistados usam um vocabulário bem variado quando verbalizam a sua experiência de luto, o que talvez tenha sido acentuado pelas distinções de nível sociocultural e econômico entre os sujeitos. Das 1828 unidades UCEs encontradas pelo Programa, 1154 (63,09%) puderam ser incluídas na análise, o que representa um bom aproveitamento do *corpus*. Conjecturamos que, apesar do vocabulário ser heterogêneo, o discurso expressa a partilha e a construção coletiva de significados sobre o objeto, devido ao elevado percentual de aproveitamento dos dados.

Em apoio à análise intraclasse, combinaram-se a média de ocorrência dos léxicos usadas no *corpus*, igual a “14”, ao Chi2 mínimo de 3,85, referenciados no *rapport* (de acordo com a lógica programática para esta análise). As palavras instrumento ou “instrumentais”, caracterizadas por não terem significado imediato em si, como os conectivos (conjunções e preposições) e as “palavras bengalas” (né, pra, tá, sabe), foram consideradas por compreendermos que transportam detalhes do

Descrição das Classes²⁸

Classe 1: viuvez tradicional, consolo pela devoção maternal e religiosa

[...] então, eu tenho essa oração muito linda: “Deus, Deus do céu, me dê coragem, Deus do céu me dê força, Pai do céu me dê coragem, Nossa Senhora me dê força para essa batalha vencer, sem morrer, sem enlouquecer, sem muito me abater” (Entrevistada. Extrato de uma das UCEs da classe).

Esta classe é composta por 249 UCEs e compreende 21,58% do conteúdo empregado do *corpus*. A maior parte das UCEs é composta por enunciados relacionados às variáveis que se destacaram (maiores Chi2), a citar: idade entre 65 e 83 anos [Chi2 “258,53”] (idoso); tempo de convivência entre 48 e 61 anos [Chi2 “258,53”] (bodas de ouro); perda considerada suposta (esperada) e comum [não violenta] (Chi2 “252,84”); enlutamento entre oito e nove meses na ocasião da entrevista (Chi2 “171,44”); e heterossexuais do sexo feminino (Chi2 “193,12”).

Os léxicos e as variáveis associados à classe indicam que se trata do “universo feminino tradicional” e sugerem um contexto de significados muito organizado, com regras e papéis sociais estruturados, fortemente norteados pela maternidade, costumes e religiosidade católica para o enfrentamento do cotidiano. Se trabalham, seguem cuidando da família, e muitas vezes não terminam os estudos, ou deixam a profissão em “devoção ao outro”, porque devem garantir a organização interna do lar. O léxico “pai” tanto objetiva Deus (Chi2 “43,42”) quanto ancora o papel do marido em relação à família: bom pai, bom provedor e que “deve” estabelecer uma boa relação de reciprocidade com os filhos.

Os verbos que se destacam são “ter” (Chi2 20,97) e “morar” (Chi2 24,68). No contexto, o primeiro se refere a “marido” (Chi2 54,35) e “filho” (Chi2 98,42), o que leva a crer que os laços familiares funcionam como patrimônio simbólico e segurança afetiva. O segundo mostra que a casa faz parte dum duplo domínio: o simbólico (lar) e o físico (espaço). Igualmente, é apontada a faceta desafiadora da vivência conjugal tradicional: a traição dos homens, visto que a palavra “mulher”

²⁸ Seguem, anexas, tabelas com informações sobre os termos mais significativos de cada classe (anexo 3).

(Chi2 18,86) aparece com o sentido de “amante”. A metáfora bíblica está implícita, da mulher que apresenta ao homem a tentação que o afasta do paraíso, bem como as “necessidades poligâmicas” masculinas validadas socialmente.

Para confrontar a ideia do término da vida, essas viúvas recorrem à consolação divina, “graças a Deus” (Chi2 23,45), associada às figuras da (santíssima) trindade: pai (Deus e marido), filho (Cristo e os próprios filhos) e Espírito Santo (atmosfera religiosa materializada nos laços familiares). Em torno do léxico “doença”, há um lado mais positivo associado ao amor e à dignidade. Na CHA, doença se vincula a “graças a Deus”, o que reforça o aspecto moral e religioso dos fundos tópicos. Sugere-se que a morte ocorreu no “tempo certo”, isto é: com idade avançada; quer em casa quer no hospital; não se deu de modo inesperado ou violento; e prevaleceu a maior longevidade feminina.

Na classe, o luto concerne à falta que a enlutada sente do esposo, da vivência conjunta, da partilha, da composição da casa e do lar, orientados pela sacralidade matrimonial (casamento oficial). A ausência do parceiro modifica o cotidiano. Por outro lado, a falta é suprida pelo consolo que traz a presença dos filhos e das preces.

Classe 2: perda repentina, baque e Luto

Nunca, dessa forma não! Mas não estava junto dessas pessoas, não vivia próximo dessas pessoas. Meu avô, que eu tinha mais contato dessas pessoas, mas já estávamos esperando, né? Com a idade, né? (Entrevistado. Extrato de uma das UCEs da classe).

Esta classe possui 366 UCEs, que correspondem a 31,72% do conteúdo analisado do *corpus*. A maior parte das UCEs é composta por enunciados relacionados às variáveis que se destacaram (maiores Chi2), a citar: heterossexuais do sexo masculino (Chi2 “150,91”); enlutamento entre dois e três meses na ocasião da entrevista (Chi2 “69,96”); perda considerada inesperada e violenta (Chi2 “38,29”); idade entre 45 e 53 anos [Chi2 “32,14”] (adulto); e tempo de convivência entre 21 e 30 anos [Chi2 “32,14”] (bodas de prata).

O luto é caracterizado como algo que é da pessoa, que leva semanas, meses e anos para se adaptar. Trata-se de uma experiência pessoal, que se “sente por dentro”, uma lembrança sofrida que não se esquece: uma ferida. Considera-se que o luto tem mudado, que a pessoa morre hoje e amanhã a vida continua. É feita uma comparação campo *versus* cidade. No campo, ele é praticado como rito, com formalidades, e, na cidade foi esvaziado. A perda é descrita como forte e dolorosa em relação às pessoas próximas, ligadas à rotina. O grau de parentesco é relativizado, podendo se perder parentes próximos e não se sofrer tanto quanto pela perda dum companheiro.

É indicado que a morte súbita leva os enlutados a sofrer mais, principalmente quando a pessoa tem saúde, é nova e trabalha plenamente. Essa conjuntura, apontada por UCEs da classe, sugere a emergência duma forte desarmonia sociocognitiva pela negação da forma (violenta e inesperada) da perda, que parece ser modulada pelas expectativas do tempo social, e que são diretamente relacionadas ao nível de desenvolvimento civilizatório atual (ELIAS, 2001): maior longevidade, e menor violência real e simbólica (maior poder legado às tecnologias e aos saberes em saúde). Como o autor enfatiza, não se trata de desconsiderar a violência que marca o presente, mas que há a institucionalização do direito de uso da violência, sempre cooptado e regulamentado pelo Estado.

Revela-se que ao presente e ao futuro as perdas anteriores têm pouca relevância, somente enriquecendo o repertório técnico dos enlutados, como sobre questões funerárias. Mesmo com baixa relevância, a religião é citada como suporte social. Uma UCE, contendo o extrato dum discurso feminino, ressalta a força dos *imprintings sociais* (MORIN, 1998) numa classe de predominância masculina: ao homem, cabe prover e proteger a família contra as ameaças externas, por exemplo, o uso de drogas. A masculinidade hegemônica é ratificada pelo discurso feminino.

[...] Porque com os meninos, comigo, coisa que ele falava, eu tinha o maior medo, do meu menino tá, do meu filho entrar numa coisa errada, entendeu? Então nisso ele pegava pesado mesmo! [...] Mas fora disso não deixava faltar nada dentro de casa! Nada! [...] alimento, dinheiro, graças a deus, nunca faltou nada pra gente! Se eu falar que faltou tô mentindo! [...] Ele era um marido bom! (Entrevistada. UCE complementada pelo extrato correspondente duma UCI).

A perda é discutida num contexto contraditório e intenso, resultando em sentimentos e cognições da mesma natureza. O discurso do “sujeito coletivo”²⁹ (LIMA, 2008b) se torna truncado: acha-se muito; não se sabe bem como falar, o que possivelmente explica a solicitude constante do entrevistador à confirmação dos enunciados, por via das palavras bengalas: “entendeu” e “né”. Mesmo que a recenticidade da morte dificulte a análise, conjecturamos que o discurso indica a vivência da dor da perda de modo mais individualizado, mais pessoal.

Consoante à CHA da classe, dois principais núcleos de sentido se formam a partir do verbo “ver”. Um primeiro, quando da perda repentina que dói e abala, e gera um vazio; e um segundo, do baque da culpa e do sofrimento, cujos pensamentos negativos são apartados racionalmente. A suspensão/suspeição religiosa pode estar associada à recenticidade da experiência (FONSECA; VASCONCELOS, 2005). Os três verbos que se destacam no contexto são: “saber”, “achar” e “sofrer”, e sugerem que os enunciadores não estão muito convictos do que afirmam. A perda desnorteou e baqueou os entrevistados.

Classe 3: luta contra a e aspectos da perda

Esta classe possui 188 UCEs, que correspondem a 16,20% do conteúdo analisado do *corpus*. A maior parte das UCEs é composta por enunciados relacionados às variáveis que se destacaram (maiores Chi2), a citar: tempo de convivência de até quatro anos [Chi2 “15,82”] (aniversário); idade entre 45 e 53 anos [Chi2 “10,37”] (adulto); período de enlutamento entre dois e três meses na ocasião da entrevista (Chi2 “6,08”); e gênero masculino e orientação sexual gay (Chi2 “2,83”). Notamos que as variáveis têm baixa expressão, e a “gênero e orientação sexual” nenhuma (Chi2 menor que 3,85), confirmado pela análise fatorial que projeta colunas de palavras. Presumimos que se trata duma classe cujos enunciados compõem um discurso de interesse comum a todos os entrevistados.

²⁹ A autora, citando Reinert, expõe que: “[...] eles superpõem [os fundos tópicos], num mesmo ‘lugar’, diferentes momentos da atividade do sujeito, diferentes ‘pontos de vista’. Este lugar atua assim como um ímã em relação a esta atividade. Um sujeito o habita de uma certa maneira. No caso em que este sujeito é coletivo [...], estes ‘lugares’ se tornam uns tipos de ‘lugares comuns’ (a um grupo, a uma coletividade, a uma época, etc.)” [p. 88].

Os léxicos que apresentam os maiores Chi2 são “hospital” (108,19) e “médico” (97). No mesmo sentido, o conjunto dos léxicos indica um universo de tratamento médico de urgência. A análise das UCEs trazem pormenores das histórias das perdas dos sujeitos. Analisando-se a CHA, apercebem-se dois núcleos de sentido. Um primeiro organizado em torno dos léxicos “falecer” e “médico”, em que os verbos adjacentes aparecem no passado: “tava” e “acontecido”, e um segundo organizado em torno do léxico “exame”, cujos verbos aparecem no gerúndio ou no presente: “acontecendo” “demora” e “começa”. Essa dinâmica sugere que a classe revela o momento em que a perda se torna eminente e o tratamento para a cura impossível.

A classe relata contextos de “descoberta” de doença fatal, por “exame” (que pode ter sido feito previamente ou já no hospital), ou a constatação da morte (contexto criminal). Em ambos os contextos fatais há a tentativa de intervenção pessoal ou especializada. Não sem razão, quase todos os enunciadores participam da composição das UCEs, pois o que se enuncia é de e para todos. Ressaltamos um aspecto importante representado pela similitude entre dois relatos (sujeito *gay* e heterossexual feminino): a dificuldade masculina em admitir a doença e cuidar da saúde.

Classe 4: Nostalgia como forma de alienação, o luto como negação da morte por uma promessa de vida não realizada

[...] vai conversar com amigos, pros amigos te distrair, mas isso “nome do entrevistador”, não adianta! Quando você chegar dentro da sua casa, você vai ter que voltar, aí vai ser você e quatro paredes! (Entrevistado. Extrato de uma das UCEs da classe).

Esta classe possui 235 UCEs, que correspondem a 20,36% do conteúdo analisado do *corpus*. A maior parte das UCEs é composta por enunciados relacionados às variáveis que se destacaram (maiores Chi2), a citar: período de enlutamento de 17 a 19 meses (Chi2 “297,31”); gênero masculino e orientação sexual *gay* (Chi2 “260,92”); tempo de convivência entre 10 (dez) e 20 (vinte) anos [Chi2 “257,11”] (bodas de papel); idade entre 26 e 37 anos [Chi2 “215,82”] (jovem adulto); e perda de natureza inesperada e causa comum (Chi2 “85,44”). A classe é, marcadamente, composta de enunciados extraídos do discurso *dum único* sujeito.

Significativa parte dos enunciados da classe foi expressa na forma de diálogos entre o enunciador e fictícias conversas com outros atores de sua vida social (rememoração). Observou-se, pela elevada incidência do verbo “sabe”, a forte solicitação à participação do entrevistador, que é tomado como ouvinte privilegiado com quem se compartilha um conhecimento. Diferentemente da classe 2, em que o sujeito coletivo pedia ao interlocutor a confirmação do falado, nesta, sugere ter mais certeza “do lugar de onde fala”: aqui, “do luto em andamento”, enquanto lá, “da lancinante e desestabilizadora dor recente”. Similarmente à classe 2, nesta, a variável “tempo de enlutamento” se destaca [ainda mais] (Chi2 “297,31”), todavia, para uma provável neutralização da variável “natureza e causa da perda”, permitindo que outros aspectos do luto se realcem.

A dimensão metafísica – não atribuída a nenhuma denominação religiosa específica, mas com “ares espíritas” – grassa o discurso, e por ela o sujeito mantém estreita vinculação com o consorte. Muitas vezes, são alimentadas fantasias que trazem alento, como a de que ele virá porta adentro; ou estratégias como “respeitar o tempo próprio”: não sair, curtir a fossa; ou, se sair, fazê-lo só, ir à praia só, sentar-se e olhar o mar, para ter o companheiro mais próximo, visto que ele sempre o acompanha. Contudo, é recomendado que as pessoas em luto saiam para conversar com os amigos, pois eles distraem; mas também é esclarecido que de nada adianta, porque ao se chegar à casa sempre emerge a solidão. Quando a dor se aflora, mesmo que saia, o sofrimento da perda faz com que as memórias dos momentos felizes sejam negativas.

É tecida uma crítica contundente ao comportamento “descompromissado” dos *gays*, por não desfrutarem da amizade e do amor, baseada no relato de que os amigos, em geral, não o convidam para “tomar um suco”, “papear”, poucos o chamam para fazer um programa “normal”, “legal”, “saudável”. Ao revés, só saem para ir às “baladas”, o que pode gerar conflitos aos relacionamentos, ou, com fulcro na sua própria experiência, de simplesmente não permitir que os parceiros compartilhem bons momentos juntos. Nesta ocasião do enunciado, as memórias do que faziam juntos, do respeito mútuo, das festas surpresas, da preocupação, dos cuidados e da consideração recíprocos são positivas e se opõem à consciência negativa da perda.

Notamos a sobreposição das dimensões metafísica e memorial no discurso que não raro gera uma desarmonia perceptual longe de ser resolvível: memórias e ações assumem distintos significados no decurso do enunciado e, por inferência, da vida.

A análise desvela que a experiência da perda – a despeito de ser considerada absolutamente negativa – promoveu o estreitamento dos laços familiares, principalmente com a mãe, com quem sai a sós, ou com os amigos. Portanto, o luto pode reorientar positivamente a natureza das relações humanas. É afirmado ser menos espontâneo com a família que com os amigos, porém é relatado que, após a perda, “não vale a pena ser assim”, pois poderá ter novos arrependimentos em havendo outras perdas: como guarda em relação ao consorte por terem trabalhado muito e aproveitado pouco a companhia um do outro.

A análise da CHA indica dois núcleos de sentido. Um primeiro organizado em torno do léxico “saber”, que se refere ao quanto a mãe, os amigos, a chefia se apercebem dos sentimentos que enfrenta (a partir dos abraços e das brigas) e, implicitamente, parece estar em questão a assunção ou não da homossexualidade. E, um segundo, organizado em torno do léxico “São Paulo”, que deve representar a memorização (ambiguidade), o sair, o divertir-se.

Faz-se patente que, em meio a toda instabilidade sociocognitiva, a vida segue sem fórmulas exatas, mas com a pungente solicitude “do outro” (rede social) à manutenção “do si mesmo” (subjetividade): ainda que esse movimento seja considerado um mero paliativo pelo sujeito coletivo.

A classe 4, mesmo que basicamente composta por enunciados de um único sujeito e se opondo às classes 1 e 2, trata duma experiência do enlutamento que traduz um sentido comum a alguns respondentes (uma vez visitadas as UCIs do *corpus*), porque enuncia várias contradições da experiência do luto *mesmo* a longo prazo, representadas pelas antinomias saber/não saber; recordar-se/esquecer; perceber/alienar-se; e companhia/solitude.

Classe 5: Dívidas e Direitos no pré e pós-morte

Você se preocupa mais em pagar uma conta de água, luz, disso ou daquilo, condomínio, aluguel essas coisas todas, do que alguma coisa assim [plano funerário] que você realmente vai precisar mais tarde, lá na frente! (Entrevistado. Extrato de uma das UCEs da classe).

Esta classe possui 177 UCEs que correspondem a 10,14% do conteúdo analisado do *corpus*. A maior parte das UCEs é composta por enunciados relacionados às variáveis que se destacaram na classe (maiores Chi2), a citar: tempo de convivência entre 10 e 20 anos [Chi2 “45,73”] (bodas de papel); período de enlutamento entre 17 e 19 meses (Chi2 “39,93”); gênero masculino e orientação sexual *gay* (Chi2 “33,17”); idade entre 26 e 37 anos [Chi2 “27,40”] (jovem adulto); e perda de natureza inesperada e causa comum (Chi2 “6,12”). Similarmente à classe 3, esta, ainda que apresente maiores Chi2, os escores baixos resultam na inexpressividade ou baixa relevância das variáveis à sua leitura, o que se confirma pela análise fatorial que projeta colunas de palavras. Houve a participação de vários enunciadores à composição da classe, possivelmente por se tratar de temas de interesse comum.

A análise do conteúdo das UCEs revelou um resultado inusitado: o sobrevivente duma relação *gay* assumida teve plena liberdade de coordenar o tratamento de saúde do consorte e ulteriores assuntos funerários; enquanto que a viúva dum casamento heterossexual não oficial (concubinato) teve de contar com o apoio da filha para liberar o corpo do esposo e precisou dispor do serviço mortuário municipal. A “não oficialidade matrimonial” e a “falta de dinheiro” podem, deste modo, gerar entraves para além da “orientação sexual”.

Dentre os relatos do sujeito *gay* masculino, há uma crítica às paradas *gays*, tidas como espaços apolíticos, pois não motivam “as pessoas” a refletirem sobre prioridades futuras que dependem de ações no presente. Além de o entrevistado fazer uma crítica a si mesmo, pois somente no pós-perda é que identificou benefícios sociais já acessíveis aos *gays*, porque não se ocupava de tais temas. E, dentre os relatos da entrevistada heterossexual, são reveladas dificuldades financeiras e a discrepância entre os serviços funerários público e privado: mesmo que estes sejam caros, são organizados e garantem a manutenção dos jazigos,

diferente daqueles. É também tecida uma crítica ao uso inadequado do dinheiro público.

Igualmente, o relato dum jovem adulto, heterossexual, indica que o pós-morte lhe trouxe dificuldades, porque se tornou totalmente responsável pelo que antes dividia com a esposa: água, luz e “essas coisas”. Ressaltamos que, salvo o caso da entrevistada mais idosa, que nunca trabalhou, e dum enlutado cuja esposa era pensionista, as demais entrevistadas já representam modificações nos papéis sociais intergênero: as mulheres participam da renda familiar com o próprio trabalho, entretanto, nunca deixando de acumular as responsabilidades do lar. Também, são apontadas modificações na estrutura familiar pelo reconhecimento de direitos civis igualitários (a despeito da orientação sexual) e dificuldades comuns às várias modalidades de união civil.

A análise da CHA indica dois núcleos de sentido. Um primeiro organizado em torno do léxico “dinheiro”, com dois focos, cada qual voltado a um recorte temporal. Um mais imediatista e outro, de certo, a médio prazo: o pagamento das despesas do enterro e a compra de uma sepultura; e o recebimento do seguro de vida para o pagamento de despesas. E, um segundo núcleo também organizado em torno do léxico dinheiro, mas com foco em “direito”(s), que traz questões relativas à pensão por morte e a plano de saúde. A CHA e os sentidos que se destacam na classe ratificam a centralidade do dinheiro nas ações consideradas (Chi2 “70,45”).

DISCUSSÃO

Avaliamos ser importante destacar, previamente, aspectos metodológicos que marcaram a análise dos dados, os quais se relacionam à heterogeneidade da amostra de entrevistados. Primeiro, os dois homens heterossexuais são viúvos recentes, em torno de um mês, enquanto que dentre as cinco mulheres heterossexuais, três são viúvas há menos de três meses e duas entre oito e nove meses na ocasião da entrevista. Segundo, dentre os cinco homens, dois são heterossexuais e três *gays*, sendo que os *gays* são enlutados antigos, entre 15 e 17

meses. Terceiro, as mulheres têm uma média de idade mais elevada que a dos homens. E quarto, houve variação na natureza das perdas.

Porquanto as RS são formadas a partir de um duplo processo sociocognitivo que é modulado por fatores sociais, considerar as variáveis empregadas e a natureza amostral é imprescindível à identificação dos possíveis significados em circulação e o *lugar* em que são produzidas (VALA, 2004). Deste modo, por estarmos cientes do desequilíbrio amostral e dele nos valermos para considerar as nuances que marcam as relações e os ambientes no social, preconizamos que antes de as incongruências ocasionarem imprecisão aos resultados obtidos, revelaram prováveis dimensões organizadoras ou clivagens que implicam a elaboração da RS do luto.

Análises Interclasses

Tomando como referência as variáveis e distribuições contidas na figura 2 (p.115), observamos que o eixo horizontal demarca a cisão entre coletividades. Enquanto as classes 1 e 2 tratam o luto dum viés religioso e tradicional, a classe 4 indica modificações psicossociais, abordando-o dum viés mais pragmático. As classes 1 e 2 referem-se a enunciados de uma coletividade mais idosa, cuja organização é familiar, ortodoxa e religiosa católica. Já a classe 4 refere-se a enunciados duma coletividade mais jovem, cuja organização familiar é heterodoxa, representada pela união igualitária entre os gêneros e de hábitos urbanos.

Por a classe 4 representar o novo, não nos parece estranho que aspectos relativos a direitos civis, dinheiro e pagamento de dívidas mortuárias sejam abordados nos enunciados dos sujeitos *gays*, dado que os direitos dessa coletividade ainda estão em processo de institucionalização no País e, por tal, representam desafios³⁰ a serem frequentemente considerados. As classes 1 e 2, possivelmente, destacam aspectos religiosos e existenciais por representarem as normativas sociais

³⁰ A relevância da parada *gay* paulistana (<http://estadao.br.msn.com/fotos/15-anos-da-parada#image=10>) reflete ao mesmo tempo avanços democráticos e a inoperância democrática no Brasil. Isso se sustenta, muito possivelmente, devido à hegemonia cultural pautada em valores patriarcalistas (ortodoxia) e na dificuldade em se separar a *res publica* da *res principis*, contexto historicamente elaborado e sustentado tanto no espaço urbano quanto no rural.

majoritárias, os costumes, não parecendo fazer sentido que os sujeitos abordem temas cujas garantias são atestadas “por nascimento”; exceto quando aspectos outros, como as diferenças socioeconômicas, geram empecilhos, como vimos na classe 3. Entretanto, não se trata da realidade comum dos entrevistados.

Da inter-relação entre as classes 1 e 2 com a classe 4, ressaltam-se as seguintes díades antitéticas: antigo/novo, velho/jovem, ortodoxo/heterodoxo, heterossexual/homossexual e campo/cidade. Os *themata* que animam as classes parecem se relacionar à tensão gerada por clivagens e mudanças no tecido social em direção a novas possibilidades de relações e atividades. Com base no contexto de significados apreendidos destas classes, denominamos como *themata* essenciais as antinomias ortodoxia *versus* heterodoxia.

Tomando como referência as variáveis e distribuições contidas na figura 2, observamos que o eixo vertical demarca oposições entre as classes 1 e 2. As principais oposições realçadas interclasses são, respectivamente: feminino/masculino, perda mais distante/perda recente e cuidador/provedor. A classe 1, composta por enunciados de mulheres heterossexuais mais velhas, reflete a organização cognitiva experimentada pelo tempo decorrido desde a morte (mais distante), o tipo de perda (comum e esperada) e o caráter tradicional e religioso católico do grupo. A classe 2, cujo discurso é fortemente heterossexual masculino, revela a desestruturação ocasionada pelo tempo decorrido desde a morte (recente) e a natureza da morte (inesperada e violenta, sendo criminal ou não criminal).

No mesmo eixo, conforme a figura 2, as classes 3 e 5 não apresentam variáveis expressivas, possivelmente, por tratarem de temas de interesse comum ao conjunto de enunciadoreis. Na classe 3, focada nas experiências da perda, identificamos as seguintes tensões primordiais (antinomias): luta pela vida *versus* perda, longe/perto, esperado/inesperado, comum/criminal, que destacam a variável “natureza e tipo de perda”. Na classe 5, focada nos aspectos burocrático-financeiros da perda, identificamos as antinomias provido *versus* desprovido “de meios e de direitos”. Avaliamos que esta classe indica dificuldades que todos os enunciadoreis enfrentam à luz e a despeito das variáveis empregadas: são múltiplas as combinações de variáveis, não havendo linearidade nas consequências. A classe 4 descreve mais

realçadamente a vivência do luto a longo prazo e as ambiguidades inerentes ao processo. Identificamos as antinomias lembrança/esquecimento e estabilidade/instabilidade. Conjecturamos que a variável orientação sexual se destaca por ser composta de enunciados de sujeitos em luto a longo prazo (sujeitos *gays*), para os quais a temática tem relevância.

Com base na figura 2, considerando-se a ausência de variáveis nas classes 3 e 5, inferimos que há complementaridade entre elas, e delas com as demais classes. Além disso, expressa oposição entre as classes 1 e 2 e a classe 4. Mesmo que a classe 4 represente o luto a longo prazo, a classe 2 a médio prazo e a classe 1 a curto prazo, observa-se que a temporalidade, *per se*, não designa a natureza da lida com o luto: ela deve ser perscrutada por meio dos indícios (pegadas de passos) identificados na análise dos dados. E, se a religião tem um efeito organizador à elaboração do luto, ele deve ser considerado segundo as variáveis empregadas, pois, na classe 4, apesar do longo tempo de enlutamento e dos entendimentos metafísicos dos enunciados, a experiência seguiu sendo desestabilizadora. Isso talvez se explique pelas tensões ocasionadas pela orientação sexual e pela natureza da perda. Essa reflexão desvela a complexidade que emerge da relação entre os fatores sociais e as subjetividades.

Análises Intraclases

Observamos na figura 2 uma dinâmica atípica em relação às expectativas pautadas nos costumes vigentes. Na classe 2, os enunciadores 3 (feminino, heterossexual, adulto, perda inesperada, recente e violenta³¹) e 1 (*gay*, jovem adulto, perda inesperada, recente e criminal), num mundo lexical marcado pelo perfil masculino ortodoxo, a despeito da recenticidade e imprevisibilidade da perda, e segundo uma avaliação cartográfica, parecem tender à classe 4 (maior tempo de enlutamento), distando do fundo tópico da própria classe. Os contextos das vidas sugerem orientar

³¹ O conceito de “morte violenta”, por nós inicialmente proposto, distinguiu-se do empregado pelos sujeitos. Enquanto para nós a violência opunha as categorias comum/criminal, para os sujeitos se relacionou às oposições esperado/inesperado. Isto ratifica o postulado da TRS que vincula as atribuições de sentido das práticas sociais ao contexto de atividade do sujeito (JODELET, 1986), no presente caso, aos mundos lexicais (LIMA, 2008b). Empregamos o termo violento, quando das mortes comuns, não criminais, e criminal, quando da morte dessa natureza.

os (re)posicionamentos: a enunciadora 3, apesar do abalo, trabalha e cuida do lar, e por ser provedora e cuidadora talvez tenha administrado mais eficazmente a perda. Já os sujeitos 9 e 7, cujos enunciados marcam a classe 2 (heterossexuais masculinos e perda inesperada, recente e violenta), possivelmente por serem tradicionais provedores têm mais dificuldade na adaptação à nova vida, porque necessitam se ambientar ao papel social de cuidador³². A realidade do enunciador 1 é similar a do enunciador 3. Mesmo que tenha enfrentado uma morte criminal recente e lidando com problemas de direitos civis, por ser mais autônomo na relação, conforme extrato da UCI, abaixo citado, tal fato pode ter-lhe auxiliado na lida com a perda.

[...] Chegava, fazia o almoço, que nunca deixei de cozinhar, porque ele cozinhava mal pra caramba [falecido], então para eu comer bem, eu que cozinhava [risos]. Então eu já deixava tudo pronto e saía para resolver as coisas e voltava [...].

Ancoragens da classe 2 se assemelham às da classe 1. A enunciadora 10 (heterossexual, idosa, perda inesperada, a médio prazo e violenta, cuidadora e religiosa) e a enunciadora 6 (heterossexual, adulta, perda inesperada, recente e violenta, provedora/cuidadora e religiosa) distam do fundo tópico das respectivas classes. Enquanto a enunciadora 1 poderia gozar de maior tranquilidade, cartograficamente está posicionada em direção à classe 2, de maior estresse. Em consulta à UCI, verificam-se o medo de incomodar os filhos (por ser idosa e mais propensa ao adoecimento) e o incômodo de se sentir distante deles como pistas à interpretação do posicionamento. E, enquanto a enunciadora 6 poderia experimentar grave desequilíbrio psíquico, posiciona-se na classe 1, de baixo estresse (ainda que cartograficamente esteja no limiar das classes 1 e 2). Em consulta à UCI, observa-se que, apesar de ter perdido a mãe logo após a morte do marido, talvez, por ser cuidadora e provedora, ser adulta (portanto, ainda jovial) e ter representado as mortes como descanso para os entes perdidos (e para si?), já desfrute de maior estruturação emocional.

³² Segundo Bowlby (2004), é comum que os viúvos se casem mais prematuramente que as viúvas. Este fato pode ser psicossocialmente justificado pela necessidade de suprirem a necessidade de ter uma cuidadora ao lado.

Como expusemos no início da seção, a heterogeneidade das experiências enunciadas deram origem a múltiplas clivagens, as quais orientam, de modo distinto, as ancoragens. Trazendo à baila a abordagem estrutural da TRS, que preconiza que uma RS é composta de um núcleo de natureza estável, histórica e organizadora da representação, e de uma periferia que tem a função de proteger o núcleo e dar efetividade à representação (ABRIC, 1998), parece-nos que as inflexões no interior das classes tanto representam *themata* de origem da RS do luto (LIMA, 2008a) quanto uma possível variação entre as periferias representacionais, o que expressa a fluidez das práticas no social contemporâneo, ao mesmo tempo em que a possibilidade de estabilidade no mesmo (VALA, 2004). Por se postular que uma representação é idêntica à outra quando os seus núcleos são idênticos (ABRIC, 1998), possivelmente estamos diante dum amplo mundo de significados *igualmente diferentes*. Esta elucubração é tão e somente uma conjectura e uma problematização, visto que não dispomos de heurísticas para validá-la neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de significados apreendidos nesta análise valida o nosso entendimento de que antes de selvagem na contemporaneidade, a morte é, como parece ter sempre sido, um grande desafio. Os dados sugerem que o luto é representado socialmente, na Região, como uma experiência complexa e desafiadora aos enlutados. Os mundos lexicais indicam que a variável tempo é relevante, contudo, se combinada a outras como a natureza e causa da perda e a orientação sexual. Entretanto, dificilmente a personalidade do enlutado, *per se*, pode ser tomada como o elemento único ou central à compreensão da vivência.

Considerando-se que os principais *themata* que fundamentam a RS do luto se caracterizam pela polarização das taxonomias ortodoxia/heterodoxia, eles traduzem uma experiência assumindo novos contornos na Região. Homens podem ter mais dificuldade que as mulheres em lidar com o evento, não por questões psicocognitivas, mas antes sociocognitivas, em face dos novos papéis sociais a orquestrar e às suas implicações à nova vida. Gays podem ter uma preocupação mais focada em questões que envolvem direitos e finanças não por mera

mercantilização (objetificação) da relação afetiva, mas pelo ainda frágil estabelecimento dos seus direitos civis no Brasil. As mulheres, considerando-se a análise inter-relacional de gênero (GRANJA, MEDRADO, 2009; BORGES, 2003), podem se posicionar de modo mais seguro ante a perda porque, ou já se situam no *intermezzo* do prover e do cuidar, ou mesmo dado que tradicionalmente se cuidam e do outro, além de terem os direitos civis sobre o lar há tempos garantidos e de disporem sociocognitivamente de instrumentos à lida com o luto ancorados na família e na religião. Homens e mulheres que se posicionam no meio termo entre os papéis sociais de provedor e cuidador parecem elaborar de modo mais estável a transição de vida a despeito da orientação sexual.

Análises que psicologizam o luto, elas próprias, fornecem indícios de inconsistência e traduzem a estereotipia e a imprecisão da antinomia morte domada *versus* morte selvagem, porquanto: [1] parecem remeter, num primeiro nível, à pretensa busca científica por explicações generalizantes; e, num segundo, [2] por não valorizar a lida humana com a morte como *universalmente angustiante* mesmo que *psicossocialmente* elaborada, modulada e significada. Por esta senda, tanto senso comum quanto universo reificado não deixam de almejar o mesmo, ainda que de modos distintos: imprimir esforços para encontrar meios de solucionar sofrimentos humanos. Em períodos anteriores de desenvolvimento civilizatório, o divino possuía maior eficácia; contudo, em tempos em que a dogmatização transitou para os afazeres científicos, é no âmbito da atomização social e do suporte tecnológico – nos quais pautamos, sobremaneira, a nossa visão de mundo – que devemos edificar novos ou reeditar tradicionais meios de se lidar com a finitude.

A morte se torna um relevante ou espesso objeto social quando o tema perda, por alguma razão, deve ser tratado mais diretamente pelas coletividades. Cabe muito mais à Ciência em “tempos de bonança” – sem guerras, ou longa e aguda desorganização interna da socioeconomia dum país ou região – sondar e identificar as particularidades da *episteme* e, em resposta às demandas do senso comum, orientar-lhe as ações, dado que alcançou tamanho *statu quo ante* e responsabilidade social (GURGEL, 2008; OLIVEIRA, LOPES, 2008; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999). Não se trata de impor *um* saber social sobre os demais, mas de

ela, a Ciência, admitir, gerenciar e dialogar com a multiplicidade do todo que está aí em circulação (GARROS, 2003), visto que, citando Durkheim (1983),

Na base de todas as máximas jazem sentimentos atuais e vivos que estas fórmulas resumem, mas de que são unicamente a capa superficial. Não provocariam o menor eco se não correspondessem a emoções e impressões concretas espalhadas pela sociedade. **Portanto, quando lhes atribuímos uma realidade, não pretendemos transformá-las na realidade global. Isso seria tomar o sinal pela coisa assinalada [nulidade da polissemia moderna].** Um sinal é seguramente qualquer coisa; não é uma espécie de epifenômeno super-rogação; hoje se está ciente do papel que ele desempenha no desenvolvimento intelectual. Mas de qualquer modo não passa de um sinal (1983, p. 195, grifo nosso).

Identificamos como representação social do luto por morte na GV um conjunto de entendimentos animados pela tensão entre práticas de caráter societário (heterodoxo/individualista) e tradicional (ortodoxo/coletivista). As variáveis empregadas se mostraram ativas, mas de maneiras específicas, quando do emprego entre jovens adultos e adultos e idosos, indicando que aqueles recorrem, mesmo após um significativo tempo de enlutamento, à socialização e aos recursos de entretenimento extrafamiliar para a lida com a experiência; enquanto estes se apoiam em valores tradicionais da família e da religiosidade. A vivência do luto é plural e os papéis sociais aos quais as variáveis empregadas (ou signos) estão vinculadas devem ser considerados de modo relacional.

A despeito de a abordagem da morte e morrer, no Brasil, empregar concepções culturais e teórico-empíricas de sociedades centrais, não foram notados indícios do uso corrente de modelos das fases do luto no discurso dos sujeitos. O luto é significado como uma experiência pessoal que deve ser administrada de modo sutil, sem ostentação, como o uso do preto, mas que em nada remonta a formalização comportamental identificada por Bradbury (1999), na Bretanha, e Xu (2007), nos EUA: talvez por nossa estrutura de saúde não ser de natureza (tão) mercantilista (GURGEL, 2008), não termos forte tradição em cuidados paliativos e tratamento domiciliar³³, assim como não ser corrente e difundida a formação de grupos de apoio que contribuem à institucionalização da lida com o luto. Nenhum sujeito se

³³ A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi inaugurada no ano de 2005, em São Paulo (<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=historia>), enquanto esforços e realizações neste sentido já eram praticados nos EUA desde fins da década de 1960 e na Europa da de 1970 (GURGEL, 2008).

interessou em receber apoio psicológico, ao contrário, os enunciados descrevem a relevância dos ritos religiosos, dos costumes e mesmo da filantropia para percorrer a experiência.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**. MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). Goiânia: AB, p. 28-38, 1998.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BORGES, C. F. B. Dependência e morte da mãe de família: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 21-29, 2003.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: perda, tristeza e depressão. (Volume 3 da trilogia) São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BRADBURY, M. **Representations of death**: a social psychological perspective. New York e Londres: Routledge, 1999.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. 1ª ed. João Pessoa: Editora universitária da UFPB, 2005, v. 1, 603p.

CAMPELOS, I. C. S. F. A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. 2006, 123 p. Monografia (Licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho). **Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa**, Porto (Portugal).

CASTRO, V. **Das igrejas ao cemitério**: políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2007.

CHALCO, E. C. La muerte como sanción y compensación: visión de equilibrio y reciprocidade en cusco. **Chungará** (Arica), Arica, v. 33, n. 2, jul. 2001 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562001000200004&lng=es&nrm=iso>.

CONCEIÇÃO, J. S. Rituais mortuários: espaço de construção identitária. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 94, março de 2009.

DESPELDER, L. A.; LEE STRICKLAND, A. **The last dance**: encountering death and dying. 7. ed. Mc Graw Hill, 2002.

Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Versão monousuário 1.0. Rio de Janeiro: ed. Objetiva. Junho de 2009.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**; as regras do método sociológico; o suicídio; as formas elementares da vida religiosa. GIANNOTTI, J. A. (Org.). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ESTEBAN, R. G. El médico frente a la muerte. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, 2012; 32 (113), 67-82.

FARR, R.M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 1996.

FONSECA, J. P. **Luto antecipatório**: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada. São Paulo: Livro Pleno, 2004.

FONSECA, J.; VASCONCELOS, M. M. Religião, morte e luto. FRANCO, M.H.P (Org.). **Nada sobre mim sem mim**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

FULGHUM, R. **Do começo ao fim**: uma análise delicada das celebrações cotidianas. São Paulo: Best Seller, 1995.

GARROS, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? **Jornal de Pediatria**, Vol.79, Supl.2, 2003.

GIACOIA JÚNIOR, O. **A visão da morte ao longo do tempo**. Medicina (Ribeirão Preto), 2005; 38(1): 13-19.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**; 21 (1): 25-34, 2009.

GURGEL, A. **Direitos sociais dos moribundos**: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas. São Luís: Edufma, 2008.

HUIZINGA, J. **O outono da idade média**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

JESUÍNO, J. C. Psicologia social e epistemologia complexa. MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Europa-América: Men Martins (Portugal), 1998.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. **Psicología Social, II**: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. Paidós, Barcelona, 1986.

JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. **Psicologia & Sociedade**, jan./jun, 10 (1), p. 54-68, 1998.

KOURY, M. G. P. Sofrimento íntimo: individualismo e luto no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção/Grupo de Pesquisa em Antropologia**

e Sociologia da Emoção da Universidade Federal da Paraíba, vol. 1, n. 1, abril de 2002, João Pessoa: GREM, 2002. Quadrimestral.

_____. **A fotografia mortuária na cidade do Recife, Pernambuco:** indicadores de um imaginário urbano sobre fotografia e morte nos finais da década de 1990. Disponível em: <<http://www.studium.iar.unicamp.br/cinco/2.htm>>. Último acesso em 16 de fev. 2011.

KOVÁCS, M. J. (Org.). **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo - Fapesp, 2003.

LAGO, P.M. et al. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, maio, v. 83, n. 2, 2007.

LIMA, L. C. A Articulação Themata-Fundos Tópicos: por uma Análise Pragmática da Linguagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008 [a], Vol. 24 n. 2, pp. 243-246.

_____. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. **Revista de Educação Pública** - v. 17 n. 33 – (jan.-abr. 2008) – Cuiabá: Ed. UFMT, 2008 [b].

MARTINS, J. S. (Org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

MASS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Europa-América: Men Martins (Portugal), 1998.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. A Estrutura da Representação Social da Morte na Interface com as Religiosidades em Equipes Multiprofissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20(3), p. 435-443, 2007.

NEUBERN, M. S. As Emoções Como Caminho Para Uma Epistemologia Complexa da Psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Maio-Ago 2000, Vol. 16 n. 2, pp. 153-164.

OLIVEIRA, D. C. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F.S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, J. B. A; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. STREY, M.N. et al. (Orgs.). **Psicologia Social Contemporânea: Livro-texto**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

QUEIROZ, R. S. A morte e a festa dos vivos. MARTINS, J. S. (Org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

SÁ, C. **Sobre a circunscrição do conceito de representações sociais**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, 1993, v.6, n. ½, p.107-113.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SILVA, A. C. O; NARDI, A. E. Terapia cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge. **Rev. Psiq. Clín.**, 2011, 38 (5): 213-5.

SUZUKI JR., M. (Org.). **O livro das vidas: obituários do New York Times**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

TORRES, Delci. Ritos de paso: Ritos funerários (La búsqueda de la vida eterna). **Paradigma. [online]**. 2006, vol.27, no.1 [citado 26 Mayo 2012], p.349-363. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101122512006000100013&lng=es&nrm=iso>.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. VALA, J; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia Social**. 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa (Portugal), 2004.

WACHELKE, J. Social Representations: A Review of Theory and Research from the Structural Approach. **Universitas Psychologica**, Norteamérica, 11, dic. 2012.

WITTER, J. S. Os anúncios fúnebres (1920-1940). MARTINS, J. S. (Org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

XU, Y. Death and Dying in the Chinese Culture: Implications for Health Care Practice Home **Health Care Management Practice** 2007; 19; 412. DOI: 10.1177/1084822307301306. Versão online disponível em <http://hhc.sagepub.com>.

ANEXOS

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Sexo: Idade: Escolaridade: Profissão:
 Renda Familiar: A renda familiar era composta pelos rendimentos de quem?
 Religião: (a) praticante (b) não praticante
 Nº de filhos: Grau de independência dos filhos:
 Tempo de união/casamento:

Questionamentos

- Qual a causa da morte? Onde ele(a) faleceu?
- Caso tenha morrido em um hospital. Em relação ao falecimento, houve algum fato ou processo que possa ter tornado essa experiência mais difícil?
- Você se lembra como reagiu quando tomou conhecimento da morte? Você se sentia preparado(a)?
- Como foram os primeiros dias após o falecimento?
- Como tem sido a sua vida?
- Quais são as maiores dificuldades que você tem enfrentado em função do ocorrido?
- Encontrou algum tipo de apoio e conforto em alguém? [explorar quem]
- Já havia perdido alguém próximo? Em caso afirmativo, essa experiência anterior fez alguma diferença em relação à atual?
- O que achou do serviço funerário?
- Que importância teve esse serviço para você?
- Você teria alguma sugestão para melhorar este tipo de serviço?
- Acha que houve ou tem havido alguma mudança na forma de as pessoas lidarem com a morte? Por quê?
- E em relação ao luto?
- Caso enfrente uma situação semelhante no futuro, como acha que reagirá?
- Com base na sua própria experiência, que recomendações faria a alguém que também perdeu alguém recentemente?

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Concordo em participar da pesquisa, abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Projeto: Estudo sobre representações sociais da morte e do luto

Orientando/responsável: Alexandre Sant'Ana de Brito

Orientador(a): Prof. Dr. Lídio de Souza

Objetivo da pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a experiência da morte e do luto para pessoas residentes na Região da Grande Vitória.

Descrição dos procedimentos a que o participante será submetido

Procederemos a entrevistas individuais que serão gravadas com aparelho digital e que serão orientadas por um roteiro semi-estruturado. Durante as entrevistas somente estarão presentes o entrevistador(a) e o entrevistado. Será garantido o TOTAL anonimato.

Benefícios esperados

Esperamos que os resultados da pesquisa sejam divulgados em periódicos e em congressos acadêmicos, e que possam auxiliar à formação e à atualização de profissionais da área de saúde, dos serviços prestados em hospitais, clínicas especializadas e consultórios. Outrossim, que possam contribuir ao incremento de políticas públicas voltadas à área de saúde.

Identificação do participante

Nome: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.

Participante

Moderador

Vitória, ____ de _____ de 20__.

ANEXO 3

Classe 1

Tabela dos termos mais significativos

Frequência	Chi2	Palavra	Frequência	Chi2	Palavra
59	98,42	filho	15	18,86	mulher
48	20,97	ter	-	-	-
41	43,42	deus	-	-	-
39	17,13	ano(s)	-	-	-
33	54,35	marido	-	-	-
31	10,49	trabalhar	-	-	-
28	13,6	pai	-	-	-
27	24,68	morar	-	-	-

Classe 2

Tabela dos termos mais significativos

Frequência	Chi2	Palavra	Frequência	Chi2	Palavra
188	70,72	né	39	5,26	irmão
112	48,86	peessoa	35	56,5	luto
98	54,00	achar	20	19,06	sofrer
63	57,23	saber	-	-	-
56	18,41	vida	-	-	-
52	5,48	dia	-	-	-
47	35,48	morrer	-	-	-
43	37,72	perder	-	-	-

Classe 4

Tabela dos termos mais significativos

Frequência	Chi2	Palavra	Frequência	Chi2	Palavra
109	35,11	faltar	20	15,78	conversar
109	125,63	saber	18	7,88	começar
55	4,09	peessoa	16	25,79	sair
46	12,02	casa	14	15,54	sai+
45	70,04	entrevistador	16	5,19	sentar
41	15,24	mãe	15	44,71	sozinho
32	5,43	querer	14	33,87	adiantar
27	56,77	consorte (nome)	14	16,9	contar
24	49,13	amigos	-	-	-

14	20,01	amig+	-	-	-
23	33,47	procurar	-	-	-
23	67,54	entrevistado/nome	-	-	-
22	17,06	Ir	-	-	-
22	38,04	lugar(es)	-	-	-

Classe 5

Tabela dos termos mais significativos

Frequência	Chi2	Palavra	Frequência	Chi2	Palavra
25	5,31	fazer	18	70,75	dinheiro
24	109,29	pagar	-	-	-
19	51,08	comprar	-	-	-

Classe 3

Tabela dos termos mais significativos

Frequência	Chi2	Palavra	Frequência	Chi2	Palavra
94	41,00	falar	28	108,19	hospital
61	85,35	estar	26	25,83	levar
34	97,00	medicamento	15	65,93	remédio

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conceituação da dor [luto] como uma doença estava condenada a falhar, pois não tomava em conta o papel desempenhado pelas representações da morte em mudança na recente história social inglesa. [...] há relevantes diferenças geracionais nos modos como as pessoas expressam as suas emoções. **Estas diferenças não são simplesmente modeladas por questões de idade, senão por normas sociais que entram e saem de moda.** Uma apreciação da relatividade cultural da emoção também ajuda a explicar as sutis diferenças transculturais da expressão e experiência da perda e da dor (BRADBURY, 1999, p. 180-81, tradução nossa, grifo nosso).

A definição do objeto central deste estudo não foi fácil tarefa, visto que a morte, ainda que seja a experiência essencial à concretização dos demais objetos analisados – a perda e o luto – é, na mesma medida, por eles consubstanciada. Além do que, trata-se de objetos com inúmeras variantes, desde a forma real por realizações físicas, até a forma simbólica em suas expressões subjetivas (mas nem por isso menos realística). Contudo, a vivência em foco é a perda do “outro” em sua mais severa manifestação: quando ocasionada pela falência biofisiológica do organismo humano. Ao fim, a perda se tornou o conceito-chave.

A análise do fenômeno da “perda por morte” se deu pela articulação de artigos de pesquisa que abordavam a morte, a dor e o luto por meio de distintas empirias. A articulação dos artigos originou uma triangulação conceitual e do método que exigiu a consideração global dos resultados, possibilitando a delineação e a interpretação de práticas sociais ativas, e a identificação de tênues “fios condutores” que norteiam atividades mortuárias na GV.

O primeiro artigo, *Representações sociais de profissionais da saúde sobre morte, luto e dor*, compreende os especialistas como realçados contribuintes à natureza das práticas em e da concepção de saúde atual (ESTEBAN, 2012; GURGEL, 2008; CASTRO, 2007; CAMPELOS, 2006; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999), visto que a Ciência, a partir de fins do século XVIII europeu, passa a dispor de grande força sociopolítica, orientando políticas públicas, definindo conceitos de saúde e normalidade, e a organização sócio-geográfica das cidades. Por esta senda, passa a desempenhar um importante papel de dimensão organizadora de comportamentos das coletividades e indivíduos num período em que, gradativamente, enraízam-se o individualismo e o consumismo (objetificação) como valores indelévels ou de difícil

modificação no tecido social. Pessoas, profissionais, instituições de saúde e sociedade se veem entrecruzados por representações socialmente compartilhadas que logram orientar a formação em saúde, bem como a sua prática, segundo critérios tecnicistas, normativos e que podem estimular a obstinação terapêutica, a despeito da relevância da democracia e do respeito à pessoa humana apregoados no ocidente, segundo os quais as dimensões ontológica e psicossocial são cruciais à conceituação ampliada de saúde (CÂMARA, et al., 2012).

Verificou-se que no momento da perda do paciente, os especialistas apresentam respostas ao evento ancoradas em aspectos técnico-científicos e metafísicos, visando o “consolo” deles mesmos e dos sobreviventes, gerindo uma concepção híbrida de saúde, pois variáveis do universo consensual interferem nas cognições, orientando uma atuação de acordo com a seguinte orientação: a dor deve ser tratada, a morte, de algum modo, justificada e o luto não lhes cabe considerar, desvelando o distanciamento entre profissionais e clientela. O conjunto representacional apreendido indica que a dor foi medicalizada, e a morte e o luto não integram a grade de responsabilidades das instituições hospitalares, o que é potenciado no Brasil e na América Latina, devido à histórica desestruturação dos sistemas de saúde (GURGEL, 2008; LAGO et al., 2007; GARROS, 2003).

O segundo artigo, *Representações sociais sobre a perda em obituários e elogios fúnebres*, aponta o emprego dos artefatos mortuários como potentes ritos de passagem e estratégias de enfrentamento da perda. Observou-se que os obituários são majoritariamente empregados pelos católicos e remotamente por espíritas e protestantes, sendo que o emprego articulado de ambos os artefatos é específico do catolicismo. O uso articulado promove a intensificação de suas funções de oficiar, memorizar e dar concretude à perda, de conclamar aos eventos de sepultamento e enterro, e de rito de passagem e estratégia de enfrentamento, representando uma tradição com características religiosas de lida coletiva com a perda. Inferiu-se que, pela mediação dos ritos mortuários, é provocado o ajuntamento de familiares, parentes e amigos num contexto sócio-religioso, passando o grupo a compartilhar a experiência pela transmissão e produção de ideias e expressão de sentimentos, a partir do que reconfigurações sociocognitivas podem ser instiladas e demarcada a mudança na etapa da vida dos enlutados. O estudo revelou a vitalidade dos rituais e

a expressividade e funcionalidade dos costumes e do pensamento fantástico na atualidade, a despeito da concepção corrente de que a contemporaneidade é o lócus do pragmatismo e da objetividade (ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999).

O terceiro artigo, *Luto por viuvez: estudo sobre representações sociais em narrativas de enlutados*, apresenta o enlutamento como uma experiência multifacetada, de difícil aferição da intensidade e demarcação da duração. As experiências dos sujeitos são marcadas por particularidades, mas, a despeito delas, os enunciados indicam elementos comuns, evidenciando que apesar de variáveis pessoais serem importantes e necessárias à compreensão do evento, elas estão inexoravelmente vinculadas aos ambientes sociais em que são elaboradas e onde ganham sentidos (WACHELKE, 2012; BRADBURY, 1999; JODELET, 1986). Por conseguinte, o evento não pode ser reduzido a aspectos psicocognitivos. O luto é socialmente representado como uma experiência repleta de ambiguidades, antes marcadamente orientadas por ações psicossocialmente fundadas nos costumes do que em proposições científicas.

Considerando-se que a GV é a principal área urbana e industrial do ES, onde há o mais elevado nível de privatização e terceirização de práticas, é provável que as coletividades experimentem mais diretamente a intervenção do estado, e de suas agências, nas questões de vida e de morte, e que não se ocupem tão estreitamente delas, transferindo-as aos especialistas (DESPELDER; STRICKLAND, 2002; ELIAS, 2001; BRADBURY, 1999). Se concordamos que esse panorama tende a gerar desfamiliarização com a perda (ARIÈS, 2003), sem embargo, as análises da tese revelam que as culturas podem se adaptar às demandas dos sujeitos históricos que constroem e transformam o *habitus*, ratificando a epígrafe desta seção: os resultados indicam que a lida com a perda na Região está num *intermezzo*, coexistindo formas tradicionais e modernas de ação.

Os homens, grosso modo, têm mais dificuldade que as mulheres para se realinhar à nova vida, muito provavelmente pelas novas responsabilidades que devem assumir como cuidadores. Já as mulheres tendem a se posicionar de maneira menos instável, porquanto são cuidadoras “de ofício”, não sendo raro que acumulem os papéis de cuidador e provedor. Ademais, há que se considerar a relevância dos

direitos civis que têm sido ampliados, o apoio sociocognitivo ofertado pela dedicação mais integral à família e pela religião. Em relação aos *gays*, notamos a maior preocupação com questões de direitos civis e finanças, muito provavelmente pelos seus direitos civis ainda estarem estabelecendo-se no Brasil. Portanto, homens e mulheres que se posicionam no meio termo entre os papéis sociais de provedor e cuidador parecem elaborar de modo menos instável a transição, a despeito da orientação sexual, idade, natureza e tipo de morte.

Não nos parece incorreto inferir que à lida com a perda mais importam os papéis sociais e as suas prerrogativas, numa perspectiva relacional, do que questões psicocognitivas, dado os *imprints sociais* (MORIN, 1998) em atividade. A despeito da força do modelo organicista em vigor e mesmo que a perda seja significada como uma experiência pessoal e que deve ser administrada de modo sóbrio³⁴, de longe evoca a formalização comportamental apresentada na pesquisa de Bradbury (1999) com viúvas inglesas: os modelos das fases do luto, aqui, não são consagrados. Ao contrário, os ritos mortuários e os costumes sociais mostraram-se ativos e hábeis à lida com a perda, mesmo que não sejam valorados pelos círculos acadêmicos e pelos profissionais em saúde.

A rigidez do modelo organicista contribui à não ressocialização da experiência da perda, da morte e do luto, e da maior integração, democratização e autonomia dos pacientes e participação dos envolvidos nos processos de cuidados. Por esta razão, quando nos opomos ao emprego das usuais expressões morte domada e morte selvagem, é por preconizarmos serem antes construtos do que verdades em si, visto que sempre se ancoram em contextos sócio-históricos específicos. A morte domada se refere a recortes da história ocidental de menor complexidade civilizatória, cujos contextos sociais são menos expressivamente mediados pelo estado, e que não possuem o nível de tecnologia, especialização de funções, e ideais tão fortemente marcados pelos princípios de democracia, isonomia e autonomia. A morte selvagem, por seu turno, refere-se a um período em que a complexidade do desenvolvimento

³⁴ Era previsto o desenvolvimento de uma investigação relacionada ao comportamento e a atitudes durante sepultamentos e velórios, que por razão dos prazos para a conclusão desta pesquisa não nos foi possível desenvolver. Tal estudo nos forneceriam dados de atividades implementadas em loco, o que indicaria mais claramente a intensidade do controle social, bem como de possíveis mudanças nas práticas mortuárias contemporâneas.

socioestrutural é mais fortemente marcado pela crescente cooptação dos afazeres, outrora a cargo das famílias e dos grupos sociais, pelo estado e instituições por ele referendadas.

Parece-nos que a nostalgia expressa no conceito de morte domada não considera os prós e contras das atividades sociais do período em que se encontra em maior atividade, assim como o de morte selvagem, que não leva adequadamente em conta que as produções da episteme, conjunturalmente, são produzidas por indivíduos em sociedade. Mudanças na lida com os moribundos, idosos e com a saúde são orientadas segundo as premissas do tempo social, e é a partir dele que entendimentos e eventuais aprimoramentos devem ser interpretados e implementados. O balancete sobre perdas e ganhos entre epistemes não é de fácil avaliação (ELIAS, 2001; DURKHEIM, 1983).

Apesar do peso atual da Ciência, talvez em parte pela estrutura da saúde no Brasil não lograr operacionalizar os seus misteres e ideais, os enlutados fortemente ancoram a lida com a perda em concepções de natureza mágico-religiosa que desempenham as funções de estratégia de enfrentamento e de rito de passagem. E, os profissionais em saúde, por seu turno, possivelmente devidos às lacunas na formação acadêmica em tanatologia e à hermética tradição de associar o trato da saúde à medicalização do “corpo vivo” (ESTEBAN, 2012; OLIVEIRA, 2011; GURGEL, 2008; NASCIMENTO, ROAZZI, 2007; LAGO et al., 2007; GARROS, 2003; CAMPELOS, 2006; COUTINHO, TRINDADE, 2006) contribuem à manutenção de práticas em saúde de natureza híbrida: quer organicista quer mágico-religiosa. A insistência em se manter uma atuação profissional refratária às premissas dos contextos sociais é uma realidade há tempos contemplada no conceito de *themata* (HOULTON citado por LIMA, 2008), que, em sua abordagem na Filosofia da Ciência, desvela que o universo reificado produz modismos. Este postulado foi ratificado pelos estudos em RS de Oliveira (2011), Nascimento e Roazzi (2007), Bradbury (1999) e Sá (1998).

Consoante o mosaico de resultados obtidos, apreendemos como RS da perda por morte um conjunto de entendimentos que orientam práticas em saúde que são técnico-científicas quando se referem ao “corpo vivo” e que são trespassadas por

elementos do universo consensual (notadamente religioso) nas situações limítrofes de morte e luto. Noutros termos, a RS norteia atividades antitéticas entre os universos reificado e consensual, “até certo ponto”, no processo de cuidados, visto que ambos os universos (guardadas as devidas proporções), equivalentemente estão impregnados por elementos “não científicos” em contextos extremos e por “científicos” quando envolvem a possibilidade, real ou suposta, de cura ou amenização do sofrimento. Essa assertiva ratifica a compreensão sociológica de Despelder e Strickland (2002) de haver, contemporaneamente, um ativo jogo sociocognitivo de aceitação e de negação da morte. A conveniência dos atores sociais se torna, por assim dizer, a medida de todas as coisas.

Moveu-se o tempo, mudaram-se as estações, seguindo o senso comum em sua sempre “primavera” de produções e a Ciência num “inverno” de reflexões que lhe resulta em não lograr executar a práxis da transdisciplinaridade e do multiculturalismo (MORIN, 1998; 1997), fulcrais à interpretação das produções e das necessidades humanas. Perdura a forte impressão de que há equivalência entre as práticas intrainstitucionais e as extrainstitucionais em saúde, aplicando-se naquelas conhecimentos híbridos e nestas os costumes e as constantes releituras das verdades acadêmicas. Contudo, este fato não desvale as produções científicas, haja em vista que a própria Ciência tem promovido metateorizações que possibilitam monitorar as suas produções e resguardar o que lhe é mais característico e vanguardista: ser um campo de produções e refutações (JESUÍNO, 1998).

V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**. MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). Goiânia: AB, p. 28-38, 1998.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BRADBURY, M. **Representations of death**: a social psychological perspective. New York e Londres: Routledge, 1999.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: perda, tristeza e depressão. (Volume 3 da trilogia) São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CÂMARA at. al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 40, 36 (1, Supl. 1) : 40-50; 2012.

CASTRO, V. **Das igrejas ao cemitério**: políticas públicas sobre a morte no Recife do século XIX. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2007.

CAMPELOS, I. C. S. F. A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. 2006, 123p. Monografia (Licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, **Universidade Fernando Pessoa**, Porto (Portugal).

CHALCO, E. C. La muerte como sanción y compensación: visión de equilibrio y reciprocidad en Cusco. **Chungará (Arica)**, Arica, v. 33, n. 2, jul. 2001 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562001000200004&lng=es&nrm=iso>.

CONCEIÇÃO, J. S. Rituais mortuários: espaço de construção identitária. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 94, março de 2009.

COUTINHO, B. B; TRINDADE, Z. A. As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. **Psic [online]**. 2006, vol.7, n.1, pp. 09-18. ISSN 1676-7314.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DESPELDER, L. A.; STRICKLAND, A. L. **The last dance**: encountering death and dying. 7. ed. Mc Graw Hill, 2002.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**; as regras do método sociológico; o suicídio; as formas elementares da vida religiosa. GIANNOTTI, J. A. (Org.). 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ESTEBAN, R. G. El médico frente a la muerte. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, 2012; 32 (113), 67-82.

FARR, R.M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 1996.

FONSECA, J. P. **Luto antecipatório**: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada. São Paulo: Livro Pleno, 2004.

FRANCO Jr., H. **O feudalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

FULGHUM, R. **Do começo ao fim**: uma análise delicada das celebrações cotidianas. São Paulo: Best Seller, 1995.

GARROS, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? **Jornal de Pediatria**, Vol.79, Supl.2, 2003.

GIACOIA JÚNIOR, O. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina** (Ribeirão Preto), 2005; 38(1): 13-19.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. **Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde**. *Psicologia & Sociedade*; 21 (1): 25-34, 2009.

GURGEL, A. **Direitos sociais dos moribundos**: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas. São Luís: Edufma, 2008.

HUIZINGA, J. **O outono da idade média**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

JESUÍNO, J. C. Psicologia social e epistemologia complexa. MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Europa-América: Men Martins (Portugal), 1998.

JODELET, D. Presença da cultura no campo da saúde. ALMEIDA, A.; SANTOS, M. F.; DINIZ, G (ORGS.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em representações sociais**. Brasília: UNB, 2006.

_____. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. **Psicología Social, II: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales**. Paidós, Barcelona, 1986.

JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. **Psicologia & Sociedade**, jan./jun, 10 (1), p. 54-68, 1998.

KOURY, M. G. P. **A fotografia mortuária na cidade do Recife, Pernambuco**: indicadores de um imaginário urbano sobre fotografia e morte nos finais da década de 1990. Disponível em: <<http://www.studium.iar.unicamp.br/cinco/2.htm>>. Acesso em: 16 de fev. 2011.

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

_____. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo - Fapesp, 2003.

LAGO, P.M. et al. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, maio, v. 83, n. 2, 2007.

LIMA, L. C. A Articulação Themata-Fundos Tópicos: por uma Análise Pragmática da Linguagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 243-246.

MARTINS, J. S. (Org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

MORIN, E. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

_____. **O problema epistemológico da complexidade**. Europa-América: Men Martins (Portugal), 1998.

MSN/ Estadão *online*. Disponível em <http://estadao.br.msn.com/ciencia/m%C3%A9dicos-que-fazem-abortos-em-casos-previstos-pela-lei-afirmam-sofrer-preconceito>. Último acesso em 11.05.2012.

NASCIMENTO, A.M.; ROAZZI, A. A Estrutura da Representação Social da Morte na Interface com as Religiões em Equipes Multiprofissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20(3), p. 435-443, 2007.

NEUBERN, M. S. As Emoções Como Caminho Para Uma Epistemologia Complexa da Psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Maio-Ago 2000, Vol. 16 n. 2, pp. 153-164.

OLIVEIRA, D. C. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F.S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. STREY, M.N. et al. (Orgs.). **Psicologia Social Contemporânea: Livro-texto**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

QUEIROZ, R. S. A morte e a festa dos vivos. MARTINS, J. S. (Org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

ROSA, E. Z. A metodologia de análise na proposta da Psicologia sócio-histórica para a produção do conhecimento. **Psicologia Revista**. São Paulo, (8), p. 143-155, maio, 1999.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. Sobre a circunscrição do conceito de representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 1993, v.6, n. ½, p.107-113.

SÁ, C; BELLO, R. A.; JODELET, D. Representações sociais e eficácia das práticas de cura da umbanda no RJ. **Psicologia & Sociedade**, jan./jun 10 (1), p. 28-144, 1998.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e Gênero: Vítimas Demarcadas. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(2):167-183, 2006.

SILVA, A. C. O; NARDI, A. E. Terapia cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge. **Rev. Psiq. Clín.**, 2011, 38 (5): 213-5.

SUZUKI JR., M. (Org.). **O livro das vidas: obituários do New York Times**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

TORRES, Delci. **Ritos de paso: Ritos funerarios (La búsqueda de la vida eterna)**. *Paradigma*. [online]. 2006, vol.27, no.1 [citado 26 Mayo 2012], p.349-363. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000100013&lng=es&nrm=iso>.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. VALA, J; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia Social**. 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa (Portugal), 2004.

WAGNER, W. Sociogênese e características das representações sociais. Estudos Interdisciplinares de representação social/Antônia Silva Paredes Moreira e Denise Cristina de Oliveira (Orgs.) – Goiânia: AB, 1998. p. 3-25.

WACHELKE, J. Social Representations: A Review of Theory and Research from the Structural Approach. **Universitas Psychologica**, Norteamérica, 11, dic. 2012.

WITTER, J. S. Os anúncios fúnebres (1920-1940). MARTINS, J. S. (Org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

XU, Y. Death and Dying in the Chinese Culture: Implications for Health Care Practice Home **Health Care Management Practice** 2007; 19; 412. DOI: 10.1177/1084822307301306. Versão online disponível em <http://hhc.sagepub.com>.