

# Travessia: Viver Enquanto se Morre - Construções e Ressignificações Durante o Câncer<sup>1</sup>

*Passage: Living While Dying – Constructions and Resignifications During Cancer*

**Keila Cristina de Souza Soares<sup>2</sup>**

**Palavras-Chave:**  
Luto antecipatório;  
luto;  
morte;  
cuidados  
paliativos;  
cuidado.

**Resumo:** Este artigo reflete sobre a experiência pessoal de acompanhar o adoecimento do meu esposo, manifestado com câncer metastático, e a maneira como a morte se tornou uma presença constante em nosso cotidiano. A partir dessa vivência íntima, investigo como a sociedade contemporânea ocidental lida com a morte e o processo de ressignificação da vida frente à iminência do fim. O diagnóstico trouxe à tona microviolências e isolamentos, exacerbados pelas restrições da pandemia de COVID-19, destacando como o câncer, enquanto doença cercada por estigmas, afetando não só o paciente, mas também seus familiares. A reflexão parte das hipóteses de que, embora os autores descrevam a morte como um tabu no Ocidente, essa perspectiva pode ser mais complexa, envolvendo tanto a negação quanto a exposição da morte. A análise recorreu a autores como Susan Sontag e Norbert Elias, que destacam o medo e a solidão ligada à morte e ao câncer, assim como Annemarie Mol ao exploram o papel da hegemonia biomédica, que, ao privilegiar intervenções tecnológicas e farmacológicas, muitas vezes desumaniza o paciente e ignora o impacto emocional e social da doença. O artigo explora a experiência da liminaridade em doenças terminais, especialmente o câncer, à luz da teoria dos ritos de passagem de Victor Turner. Na liminaridade, o indivíduo se encontra entre categorias sociais, sem estar completamente em uma ou fora, o que provoca uma reflexão profunda sobre o próprio papel na sociedade e os valores da vida. Nas doenças terminais, essa

---

<sup>1</sup> Recebido em 29 de setembro de 2024; aprovado em 05 de novembro de 2024.

<sup>2</sup> Keila Cristina de Souza Soares, é mestra em Antropologia Social, pelo Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gérias, licenciada em Ciências Sociais pela Universidade Metodista de São Paulo e especialista em Projetos Culturais pela PucMinas. Atualmente é professora concursada de Sociologia no Colégio Tiradentes da Polícia Militar de Minas Gérias, Unidade Vespasiano. Suas pesquisas concentram-se na Antropologia da Morte, Antropologia do Cuidado e Antropologia das Emoções, com interesse nas temáticas dos processos de lutos, adoecimentos, suicídio e relações de cuidado e gênero. É autora do livro Chorar o Corpo Chorar o Rio - o luto pelos corpos desaparecidos em Brumadinho e o luto pelas águas do Rio Paraopeba.

transição se intensifica, colocando o paciente e seus cuidadores em um estado de “viver-morrer”, onde a vida e a morte coexistem em tensão. Por fim o artigo aponta para o entendimento de que a morte não é o fim abrupto da vida, mas uma transição que nos obriga a revisitar nossos valores, nossas relações e nossos significados mais profundos.

**Keywords:**  
Anticipatory  
grief; grief;  
death;  
palliative care;  
care.

**Abstract:** *This article reflects on the personal experience of supporting my husband through his journey with metastatic cancer and explores how death has become a constant presence in our daily lives. Through this intimate lens, I examine how contemporary Western society grapples with death and the re-signification of life in the face of its imminent threat. The diagnosis brought to light micro-violences and experiences of isolation, which were intensified by the COVID-19 pandemic restrictions, illustrating how cancer, a disease surrounded by stigma, affects not only the patient but also their loved ones. The reflection begins from the premise that, while death is often described as taboo in Western culture, this view may be more complex, involving both denial and exposure. The analysis draws on authors such as Susan Sontag and Norbert Elias, who emphasize the fear and isolation associated with death and cancer, and Annemarie Mol, who critiques the hegemony of biomedicine. This medical dominance, with its focus on technological and pharmacological interventions, often dehumanizes the patient, neglecting the illness’s emotional and social impacts. The article also examines the experience of liminality in terminal illnesses, especially cancer, through Victor Turner’s theory of rites of passage. In this liminal state, individuals are caught between social categories, neither fully within nor outside of them, prompting profound reflection on one’s role in society and on the core values of life. In terminal illness, this transitional state intensifies, positioning both patient and caregiver in a “living-dying” experience, where life and death exist in a constant tension. Finally, the article proposes an understanding of death not as a sudden end to life but as a profound transition. This transitional view urges a re-examination of our values, relationships, and the deepest meanings we ascribe to life itself, recognizing that death, rather than being solely an end, is also an invitation to engage deeply with what it means to live.*

## Introdução

Este artigo, que se insere no campo da Antropologia da Morte e da Antropologia das Emoções, reflete minha experiência pessoal ao acompanhar o processo de

adocimento do meu esposo, manifestado com câncer metastático. Essa vivência não apenas ilumina as complexidades do luto e da perda, mas também destaca a interseção entre as emoções humanas e as práticas culturais da morte e do morrer.

À medida que atravessamos esse processo, a morte tornou-se uma presença constante em nosso cotidiano, forçando-nos a confrontar suas complexidades e a ressignificar a vida à luz da iminência do fim. Essa vivência pessoal serve como ponto de partida para uma investigação mais ampla sobre como a morte é percebida e tratada nas sociedades contemporâneas, assim como para evidenciar os processos de ressignificação da vida e da doença. A partir dessa experiência íntima, busco investigar se, no contexto ocidental, a morte é realmente um tabu, como muitos autores sugerem, ou se estamos diante de uma característica mais complexa, que envolve tanto a sua negação quanto a sua exposição. Esta reflexão questiona se de fato existe uma «negação» da morte no Ocidente, analisando como essa abordagem pode ou não constituir uma exceção cultural, enquanto explorar os modos como a vida e a doença e o morrer são reinterpretados e ritualizados.

O ano era 2021. Ainda vivíamos os reflexos das restrições sociais devido à pandemia da Covid-19, quando meu esposo, aos 45 anos de idade, começou a queixar-se de incômodos no funcionamento do intestino e dores no reto. Aconselhei fortemente que procurasse por um médico e após realizar alguns exames de sangue e imagem na região abdominal, foi solicitada uma colonoscopia. Hoje, ao refletir sobre esse dia, percebo que as microviolências durante a nossa jornada de tratamento e vivência da doença começaram no exato momento do diagnóstico. Para a realização de uma colonoscopia, é necessário ter um acompanhante devido ao processo de sedação que o paciente irá passar durante o procedimento. No entanto, devido às restrições de circulação e à presença de pessoas em locais públicos impostas pela pandemia de COVID-19, o exame seria realizado sem a presença de um acompanhante. Meu esposo foi submetido à colonoscopia, enquanto eu esperava, também só, no carro.

Só, ele estava no momento em que recebeu o diagnóstico, logo após o procedimento ter sido concluído.

Só, ele saiu da sala do médico.

O câncer brotou em seu corpo e se espalhou por nossas vidas.

Quando confrontadas com o diagnóstico de uma doença grave, as pessoas frequentemente experimentam sofrimento imediato. A perspectiva da morte eminente oferece a oportunidade de um encontro rápido com o significado da vida, mas também carrega a angústia de talvez não houver tempo suficiente para vivenciar plenamente essa jornada. Isso ressalta a importância dos processos simbólicos e intersubjetivos que moldam a construção da realidade em torno da doença. A

experiência da doença está intrinsecamente ligada ao contexto sociocultural em que o paciente e seus entes queridos estão inseridos. As histórias pessoais, como manifestações simbólicas da realidade, incorporam valores e significados culturais que são compartilhados de forma coletiva. Simultaneamente, essas narrativas conferem sentido à experiência da doença, a qual é única para cada indivíduo. Quando se expressam sobre o câncer, os pacientes e seus familiares interpretam os eventos e guiam suas ações e escolhas, visando continuar tanto o tratamento quanto as suas rotinas cotidianas.

Sontag (1984) destaca, o temor associado ao câncer está intrinsecamente ligado à morte. A sociedade, em geral, enfrenta dificuldades para lidar com a ideia da morte, e, por isso, encara o câncer como uma doença suja, corruptora, que degrada o ser humano. Por contraste, outras condições, como problemas cardíacos, que apresentam o mesmo risco de morte, são muitas vezes consideradas disfunções de uma máquina sem o mesmo estigma. Além disso, o câncer é frequentemente descrito de maneira metafórica, como uma presença que surge sem aviso, avançando silenciosamente e minando o ânimo, até que a vida pareça chegar à sua fase terminal, deixando pouca margem para a esperança, enquanto o medo e a dor exercem seu domínio. O estigma da morte que envolve o câncer tem o poder de separar a pessoa do seu mundo cotidiano no momento em que o diagnóstico é recebido, transportando-a para uma dimensão em que a morte parece inevitável (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

A expressiva evocação da morte através de um diagnóstico de doença revela profundidades significativas. A cultura não é apenas um fenômeno mental; ela tem raízes em nosso corpo consciente e sensível. A emoção que surge com a proximidade da morte é, igualmente, uma criação cultural e está intrinsecamente ligada ao significado que a sociedade moderna ocidental lhe confere. Isso é o que Rodrigues (1983) chama de “Morte”: “a linha socialmente postulada de separação entre vivos e mortos, [...] irreversível passagem que abole a morte e a institui em pavor primordial, retirando-lhe todas as características de (outra) vida, que nela sempre viram todas as culturas, estabelecendo em seu lugar um grande silêncio, um vácuo insuportável, um abismo definitivo, um vazio incomensurável, um não-espço, um não-tempo, uma eternidade invertida que só pode ser uma coisa: temida” (1983, p.283).

Frente a uma doença grave e ao inevitável percurso em direção à morte, a família também enfrenta um processo de adoecimento conjunto. Dependendo do papel que a pessoa doente desempenha na estrutura familiar, surgem momentos de profunda vulnerabilidade para todos os membros ligados por laços afetivos. As repercussões das vivências relacionadas à doença afetam a todos de maneira

significativa. Quando meu esposo foi encaminhado para os Cuidados Paliativos, devido à preocupante progressão da doença, ele compartilhou comigo o quão singular e difícil era enfrentar uma consulta voltada para discutir sua própria Morte. Foi nesse momento que percebi que, desde o diagnóstico, tanto ele quanto eu já estávamos imersos em um delicado processo de despedida.

Rachel Aisengart Menezes, em seu livro *“Em busca da boa morte”*, aborda a temática da morte de forma humanizada e compassiva, buscando promover uma reflexão sobre o processo de morrer e a importância de uma boa morte. Sua abordagem destaca a necessidade de considerar as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do ser humano no enfrentamento da morte, oferecendo uma visão ampla e integrativa do tema. Envolvem a humanização dos cuidados paliativos, a importância da comunicação empática e eficaz com pacientes terminais, a busca pela qualidade de vida até o fim, o papel da família e dos profissionais de saúde no cuidado ao morrer, e a necessidade de promover uma morte digna e respeitosa. Suas reflexões sobre o direito à morte digna e as práticas de cuidados paliativos têm suscitado debates sobre a autonomia do paciente e a interferência de questões religiosas e culturais na definição de uma boa morte. Além disso, suas propostas de humanização do processo de morrer têm sido objeto de questionamentos sobre os limites da intervenção médica e o papel da família e da sociedade nesse contexto.

A discussão sobre hegemonia biomédica e pluralismo ontológico no Brasil revela tensões profundas entre diferentes formas de compreender e tratar a saúde. A hegemonia biomédica, predominante no país, baseia-se nos princípios da biomedicina ocidental, que privilegia explicações científicas e intervenções tecnológicas no tratamento das doenças. Esse modelo, amplamente difundido e legitimado, tende a marginalizar outras formas de conhecimento e práticas de saúde, criando uma hierarquia ontológica em que a biomedicina ocupa o topo.

No contexto brasileiro, essa hegemonia é evidente nas políticas públicas de saúde, nos currículos das escolas médicas e nas práticas diárias dos profissionais da área. A biomedicina, com seu foco em diagnósticos clínicos e intervenções farmacológicas, muitas vezes desconsidera as condições sociais, culturais e históricas que influenciam a saúde. No Brasil, essa hegemonia é reforçada por um sistema de saúde que, apesar de seus esforços para ser universal e abrangente, ainda se baseia em grande parte em modelos de diagnóstico e tratamento importados, principalmente dos Estados Unidos. A adoção de protocolos médicos padronizados, que frequentemente ignoram as especificidades locais, é um exemplo dessa influência.

Um dos principais conceitos abordados por Michel Foucault (2007) em *O Nascimento da Clínica* é a arqueologia do saber, que busca investigar as condições

de emergência e transformação do discurso médico ao longo da história. Além disso, Foucault analisa o poder presente na relação entre médico e paciente, destacando a importância do olhar médico na constituição do conhecimento e do poder na prática clínica. Na obra, Foucault (2007) utiliza a arqueologia do saber como uma ferramenta para analisar as práticas médicas e os discursos produzidos no contexto da emergência da clínica moderna. Ele investiga as condições de emergência do saber médico, buscando compreender como o poder se manifesta nas relações de poder entre médico, paciente e instituições de saúde.

Na perspectiva da hegemonia médica, observa-se que o paciente, o “Outro”, é frequentemente colocado numa condição de ingenuidade ou passividade. Nessa relação, o médico assume a tutela do paciente e, assim, detém o poder de decidir sobre o corpo alheio.

Apesar de durante o tratamento oncológico termos nos deparado com médicas completamente sensíveis, percebia, que no início, quando eu questionava sobre o tratamento ou fazia alguma sugestão sobre as sessões de quimioterapia, percebia olhares inviesados, como se quisessem dizer: *quem é a médica aqui?* Só após perceberem, que tanto eu quanto ele, estávamos interessados em ser participativos nas decisões é que percebi um tratamento ainda mais empático, pois diziam que éramos pacientes bem informados e podiam conversar conosco abertamente sobre as opções de tratamento e sobre a dura realidade da doença e seu prognóstico.

As categorias médicas tendem a ser homogeneizantes, focando-se no diagnóstico e no tratamento da doença, enquanto a individualidade do paciente é frequentemente ignorada. Nesse contexto, a pessoa se torna apenas o “paciente”, e as particularidades e diferenças culturais, sociais e pessoais são desconsideradas. No Brasil, essa dinâmica é acentuada pela adoção de políticas de diagnóstico e tratamento baseadas em modelos americanos, que privilegiam intervenções curativas em detrimento de práticas preventivas mais abrangentes. A prevenção, dentro dessa abordagem biomédica, não se configura como uma prática que realmente se preocupa com a promoção da saúde, mas sim como um complemento ao tratamento, subordinada às lógicas da cura e da intervenção médica.

No tratamento do câncer, a hegemonia biomédica se manifesta de maneira evidente, especialmente através da ênfase em intervenções tecnológicas como cirurgias, radioterapia e quimioterapia. Essas práticas são colocadas no centro do combate à doença, e os avanços tecnológicos nessas áreas são frequentemente considerados o caminho mais promissor para a cura. Embora essas intervenções possam ser altamente eficazes em muitos casos, o foco exclusivo nelas pode acabar negligenciando aspectos cruciais da experiência do paciente, como o impacto emocional, psicológico e social que a doença e o tratamento acarretam.

A hegemonia biomédica também se expressa no domínio que a farmacologia exerce sobre o tratamento do câncer. A quimioterapia, por exemplo, é amplamente utilizada e muitas vezes aplicada de forma padronizada, sem levar em conta as particularidades de cada paciente, como suas condições de saúde pré-existentes, o contexto social em que vivem, ou mesmo suas preferências pessoais. Essa abordagem pode resultar em uma experiência de tratamento desumanizante, onde o paciente é visto mais como um conjunto de sintomas a ser tratado do que como um indivíduo com uma história de vida única. Good, em *Medicine, Rationality, and Experience* (1994), crítica como a biomedicina transforma experiências subjetivas e complexas em categorias diagnósticas e terapêuticas padronizadas. Na abordagem da quimioterapia, essa visão contribui para uma medicalização que foca no tratamento farmacológico sem necessariamente considerar as particularidades do paciente, como sua história pessoal e contexto social. Esse modelo homogeneizante reflete o domínio da farmacologia no tratamento do câncer e contribui para uma experiência de alienação do paciente, que pode sentir-se reduzido a um “caso” clínico.

Essa centralização do poder nas mãos dos profissionais de saúde pode ser desafiadora para os pacientes que desejam integrar outras práticas de cuidado, como terapias complementares ou alternativas, em seu tratamento. A biomedicina hegemônica tende a desconsiderar ou até a desqualificar essas práticas, o que pode gerar conflitos entre os pacientes e os profissionais de saúde, levando a uma sensação de alienação ou perda de controle por parte dos pacientes.

A abordagem do pluralismo ontológico nas práticas de saúde busca compreender e respeitar a diversidade de cosmovisões, crenças e práticas relacionadas à saúde. Essa perspectiva reconhece que diferentes ontologias coexistem e influenciam as formas como as pessoas vivenciam a saúde e a doença, impactando diretamente as práticas de cuidado. A compreensão das diferentes ontologias presentes na sociedade é fundamental para a promoção de uma atenção à saúde mais inclusiva, equitativa e eficaz. O pluralismo ontológico nas práticas de saúde se baseia na visão de que existem múltiplas formas de compreender e vivenciar a saúde, sustentadas por narrativas, tradições, valores e conhecimentos diversos. Essa abordagem teórica busca romper com visões hegemônicas e eurocêntricas, reconhecendo a importância de valorizar e integrar saberes e práticas tradicionais, populares e indígenas no cuidado à saúde. Almeida e Sato (2017) abordam o pluralismo ontológico nas práticas de saúde no Brasil, destacando a importância de considerar as diferentes cosmovisões e concepções de saúde presentes na sociedade. Eles argumentam que a atenção à diversidade ontológica

pode contribuir para a promoção de ações de saúde mais inclusivas e efetivas. Além disso, ressaltam a necessidade de repensar as práticas de saúde de forma a contemplar a pluralidade cultural e epistêmica existente no país, visando uma maior equidade no cuidado à saúde. Os principais conceitos e argumentos apresentados por Almeida e Sato (2017) incluem a compreensão do pluralismo ontológico como uma abordagem que reconhece e valoriza a diversidade de crenças, valores e práticas relacionadas à saúde. Eles destacam a importância de considerar as diferentes visões de mundo dos sujeitos envolvidos nos processos de atenção básica, a fim de promover uma atuação mais respeitosa e efetiva. Além disso, argumentam que o reconhecimento do pluralismo ontológico pode contribuir para a superação de desigualdades e injustiças no acesso aos serviços de saúde. Já Barbosa e Oliveira (2019) estão centrados na ideia de que a pluralidade ontológica nas práticas de saúde deve ser considerada como um fator determinante para a efetividade e a qualidade dos serviços prestados. Eles destacam a importância de reconhecer e respeitar as diferentes cosmovisões e concepções de saúde dos pacientes, bem como incorporar essas perspectivas no planejamento e execução das ações de saúde, promovendo, assim, uma atenção mais holística e inclusiva.

A perspectiva de uma “Ontologia do Câncer” pode ser enriquecida e ampliada ao ser vinculada à praxiografia, conforme desenvolvida pela antropóloga Annemarie Mol (2002). A praxiografia, que se concentra na prática cotidiana e nos modos de existência, oferece uma maneira de explorar como o câncer não é apenas uma doença biológica, mas uma condição vivida que se manifesta de maneiras diversas, dependendo das práticas que o cercam.

Annemarie Mol (2002), em sua obra *The Body Multiple*, propõe que as doenças não têm uma única forma fixa de ser; em vez disso, elas são múltiplas, coproduzidas através das práticas médicas, sociais e pessoais. Mol (2002) utiliza a praxiografia para analisar como diferentes práticas médicas produzem múltiplas realidades do corpo e da doença. Ao invés de considerar uma única “verdade” ou “realidade” sobre uma condição médica, a praxiografia investiga como diferentes práticas—como exames clínicos, diagnósticos, interações entre médicos e pacientes—criam diferentes versões do que é uma doença. Aplicando essa perspectiva ao câncer, podemos ver como essa doença assume diferentes ontologias conforme é vivida, tratada e compreendida em distintos contextos. O câncer, nesse sentido, não é apenas um “objeto” biológico, mas uma multiplicidade de realidades que emergem nas práticas diárias dos pacientes, dos profissionais de saúde e das redes de apoio.

Quando pensamos no câncer a partir da praxiografia, percebemos que a ontologia do ser se transforma não apenas no momento do diagnóstico, mas continuamente, à medida que o paciente navega pelos sistemas de saúde, lida com

os tratamentos e renegocia sua identidade. O ser não é fixo; ele é constantemente configurado e reconfigurado por práticas como consultas médicas, exames, interações com familiares, e decisões sobre cuidados. Cada uma dessas práticas participa da coprodução da “realidade” do câncer, que, segundo Mol (2002), não é única, mas múltipla e situada.

A noção de tempo também pode ser vista sob essa lente praxiográfica. Em vez de considerar o tempo como uma entidade abstrata que se divide entre o antes e o depois do diagnóstico, podemos entender o tempo ontológico do câncer como algo que é produzido através das práticas cotidianas. Por exemplo, o tempo do tratamento — marcado por ciclos de quimioterapia, consultas médicas e períodos de espera — não é apenas um período de duração cronológica, mas um tempo vivido, que é tecido pelas práticas que o constituem. Esse tempo vivido molda a percepção da doença e da própria vida, criando um tecido de significados e experiências que se entrelaçam.

A subjetividade do paciente oncológico, a partir da perspectiva de Mol, é também algo que emerge das práticas. Não existe um “eu” essencial que é simplesmente afetado pelo câncer; em vez disso, a identidade do paciente é algo que se faz e se refaz continuamente nas interações com médicos, cuidadores, tecnologias médicas, e até mesmo na autogestão da doença. As práticas de cuidado, autocuidado, e as formas de lidar com a dor e o sofrimento são todas partes desse processo de subjetivação, onde o “ser” com câncer é um ser-em-práticas.

Escrevo este artigo a partir da perspectiva de uma esposa que acompanha seu marido nesta travessia, uma travessia que nos leva a reconfigurar nossa existência diariamente. A travessia é frequentemente associada a um percurso que pode ser repleto de dificuldades e obstáculos. Ao relatar a experiência do câncer e do luto antecipatório como uma travessia, procuro destacar o sofrimento causado pela doença, mas também ressalto a resistência e a força que tanto meu companheiro e eu demonstramos ao longo desse período desafiador. Essa narrativa pode servir para refletir a dor, mas também a luta e a busca pela dignidade diante da adversidade. A travessia implica uma reflexão profunda sobre o que significa viver e morrer. Relatar a experiência do câncer como uma travessia abre espaço para questionamentos filosóficos e existenciais, permitindo que tanto o paciente quanto seus entes queridos explorem o que a vida e a morte representam. Essa experiência pode levar a novas compreensões e significados sobre o valor das relações, a fragilidade da vida e a importância do amor e da memória.

Como antropóloga e participante dessa história, reflito sobre as mudanças no cotidiano, as nuances emocionais de viver ao lado de alguém em uma travessia tão complexa, e a experiência de luto vivida por ambos. Como nos lembra Norbert Elias (1982), em *A Solidão dos Moribundos*, a morte moderna, muitas vezes isolada e

negada, reforça a solidão daqueles que estão prestes a morrer. Contudo, em nossa experiência, essa solidão é interrompida pela presença de familiares que compartilham conosco suas histórias de perda e resiliência, especialmente dois primos, que se tornaram luz em nosso caminho.

Não é apenas uma questão de sobrevivência física, mas de reconstrução de sentido, de viver no limiar entre a vida e a morte. Hoje, com o tratamento limitado aos cuidados paliativos, a vida se tornou um espaço para a memória, para os rituais, para o silêncio que comunica e, acima de tudo, para a valorização de quem permanece ao nosso lado.

### **Viver o Luto Antecipatório: A Imposição da Liminalidade**

Desde o momento do diagnóstico, fomos empurrados para um estado de liminaridade, uma experiência de transição contínua, como descreve Victor Turner (1967) em sua teoria dos ritos de passagem. Turner, ao estudar os rituais dos Ndembu, define a liminaridade como um período em que as normas e os papéis sociais são temporariamente suspensos, criando um espaço onde o indivíduo se encontra “entre” categorias estabelecidas, sem estar completamente em uma ou outra. Na liminaridade, o sujeito deixa de pertencer ao seu antigo status social, mas ainda não assume um novo. Isso instiga um processo de reflexão profunda, tanto sobre o próprio papel na sociedade quanto sobre os valores que o sustentaram ao longo da vida.

No contexto de uma doença terminal, essa condição liminar se intensifica e assume contornos dramáticos. A vida, como era conhecida, cessa gradualmente à medida que o indivíduo e seus familiares são confrontados com a fragilidade da existência e a proximidade da morte. Muzzin et al. (1994) descrevem essa experiência como um estado de “viver-morrer”, onde a pessoa vive em um limiar contínuo entre a existência e a finitude, um estado em que as fronteiras entre o que significa viver e morrer tornam-se fluidas e difíceis de definir.

Nessa situação, os papéis que antes definiram a identidade — como trabalhador, pai, esposo, filho ou amigo — começam a se desfazer, sendo substituídos por uma nova identidade que gira em torno da doença e do cuidado. Tanto para o doente quanto para seus cuidadores, esse período de transição é caracterizado por incerteza, vulnerabilidade e uma reflexão intensa sobre o significado da vida. A doença, como condição liminar, oferece a possibilidade de duas resoluções: ou se direciona para a cura, que restabelece a pessoa ao seu status anterior, ou caminha para a morte, a maior transformação de todas. Esse estado

intersticial, portanto, se torna um momento crucial em que os valores, crenças e memórias que nortearam a vida do indivíduo emergem e são revisados.

A vivência do câncer, nesse sentido, não se resume apenas a uma experiência física de sofrimento, mas a um profundo processo de transição emocional, espiritual e social. A liminaridade da doença é um convite involuntário à revisão da própria trajetória de vida, um período em que a pessoa, agora fora das estruturas normativas da sociedade, se confronta com questões existenciais fundamentais. Estamos em um espaço intermediário, onde meu esposo transita continuamente entre a vida e a morte. Ele ainda está aqui, mas a morte tornou-se uma presença constante. Essa liminaridade nos obriga a ressignificar cada momento, cada gesto e cada silêncio.

Essa transição, no entanto, não se dá apenas no campo físico. Ela abrange também a maneira como ressignificamos nossas relações sociais e emocionais. Enquanto alguns amigos se afastaram diante da gravidade da situação — ecoando a visão de Norbert Elias sobre a solidão dos moribundos —, outros se aproximaram de maneira inesperada. Entre esses, estão os primos que perderam o pai, meu padrinho, para a mesma doença, enquanto meu esposo ainda estava em tratamento oncológico. A doença e a morte chegaram para o pai deles no momento em que vivíamos nossos próprios medos e inseguranças com o câncer. Essa dor compartilhada criou um elo profundo entre nós. Esses primos se tornaram mais do que simples apoio emocional; eles se transformaram em alicerces de amor e amizade, iluminando nosso caminho em um momento de escuridão.

Esse movimento de afastamento e aproximação ressalta a relevância da “antropologia das emoções”, onde sentimentos como abandono e solidariedade emergem em contextos de sofrimento compartilhado. Como argumenta Catherine Lutz (1988) em *Unnatural Emotions*, as emoções são tanto individuais quanto profundamente culturais. O fato de nossos primos terem vivido a mesma experiência reforça um vínculo emocional que transcende as palavras. Essa empatia não surge apenas da proximidade familiar, mas de uma compreensão íntima e visceral do sofrimento que ambos enfrentamos.

Um dos aspectos mais dolorosos dessa travessia foi o afastamento de amigos que, confrontados com a gravidade da doença, não souberam como lidar com a situação, ou simplesmente revelaram o próprio egoísmo, ao não reservar um tempo para uma visita, uma ligação ou uma mensagem de texto via redes sociais. Perceber, principalmetne nas redes sociais, que a vida dessas pessoas, que considerávamos amigos, seguindo como se nada houvesse acontecido, sem nenhuma manifestação de apoio ou empatia me atingiu fortemente, pois durante a vivência da doença lembrávamos dos tempos de saúde em que essas pessoas se faziam presentes em nossas festas, nossas comemorações e nossa casa. Isso reforça a reflexão de Elias

(1982) de que, na sociedade moderna, a morte é frequentemente isolada. Esse afastamento, no entanto, não afeta apenas meu companheiro, o doente, mas também a mim, que vivo o luto antecipatório enquanto cuido. O silêncio daqueles que já não nos visitam, as mensagens que deixaram de chegar, intensificam o sentimento de abandono, uma forma de microviolência invisível, mas profundamente sentida. Pierre Bourdieu (1990) descreve a violência simbólica como algo sutil e frequentemente não intencional, mas que, ainda assim, causa dor real.

Ao mesmo tempo, o distanciamento de alguns trouxe a aproximação de outros. Como mencionado, os primos que enfrentaram a perda de seu pai para o câncer se tornaram pilares em nossas vidas. A presença amorosa deles rompe a solidão que envolve o processo de morrer. A história de perda que eles carregam se entrelaça com a nossa, criando um vínculo de solidariedade que vai além das palavras. Nas visitas, nas conversas que compartilhamos, encontramos uma rede de apoio invisível que nos sustenta e fortalece.

A antropologia das emoções nos permite compreender como a dor conecta as pessoas de maneiras profundas e inesperadas. Lutz (1988) argumenta que as emoções são culturalmente moldadas, e as experiências de sofrimento compartilhado criam um campo emocional comum. Os primos, ao terem passado por uma experiência semelhante, encontram em nossa jornada um reflexo de suas próprias dores. Ao se aproximarem, eles nos oferecem uma forma de consolo que aqueles que estão distantes desse tipo de sofrimento simplesmente não conseguem proporcionar.

### **Mudanças no Cotidiano: Ritualizando a Vida**

O mito associado ao câncer, no qual o diagnóstico é muitas vezes encarado como uma sentença de morte continua sendo uma narrativa recorrente na nossa realidade local. Essa perspectiva sombria também impacta profundamente a mim e aos demais membros da família, incluindo irmãos, mãe, sogros, cunhados e sobrinhos. A conexão entre o câncer e a morte é um fenômeno amplamente difundido, e não é por acaso que autores como Kleinman (1988) e Kubler-Ross (1997), ao discutir questões ligadas à morte, frequentemente fazem referência a casos de câncer. Arthur Kleinman, em *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, explora como a experiência do câncer oferece uma janela valiosa para compreender as narrativas individuais e culturais da doença. Kleinman (1988) enfatiza que, devido à sua natureza crônica e muitas vezes prolongada, o câncer desafia as normas culturais e sociais sobre a morte e o sofrimento. Ele argumenta que essa doença expõe as lacunas entre as experiências pessoais dos pacientes e os modelos biomédicos dominantes. Para Kleinman, entender as histórias

de vida dos pacientes com câncer é crucial para captar as complexas interações entre as experiências vividas e as expectativas culturais, revelando como o sofrimento e a doença são moldados tanto por fatores individuais quanto sociais.

Elisabeth Kübler-Ross (1997), em *On Death and Dying*, utiliza o câncer como um exemplo central para discutir seu famoso modelo das cinco fases do luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ela explora como pacientes com câncer e seus familiares vivenciam essas fases ao confrontar o diagnóstico e a progressão da doença. O câncer é frequentemente destacado em seus estudos devido à sua capacidade de forçar uma reflexão prolongada e profunda sobre a mortalidade. O processo de luto pode ser visto como uma parte essencial da experiência do câncer, tanto para quem está doente quanto para os seus entes queridos, oferecendo uma estrutura para entender as respostas emocionais e sociais a essa doença terminal.

À medida que o câncer progrediu, nossas rotinas mudaram completamente. As consultas médicas e os cuidados com a saúde tornaram-se o centro de nossa vida, mas, ao mesmo tempo, encontramos maneiras de manter a vida presente e significativa. Criamos pequenos rituais que se tornaram essenciais para nós. Assistimos a filmes juntos, muitas vezes em silêncio, mas esse silêncio comunica mais do que palavras. Compartilhamos refeições, mesmo quando o apetite dele diminui. Pequenos momentos, como ver o mar em uma curta viagem, tornaram-se sagrados. O mar, com sua imensidão e constância, nos lembra que, apesar da transitoriedade de nossas vidas, o mundo continua a pulsar.

Nosso cachorro, sempre presente, também desempenha um papel importante nesse processo. Ele parece sentir a fragilidade do meu esposo, e sua companhia silenciosa é, muitas vezes, um alívio para o peso da nossa solidão. Existe uma comunicação não verbal entre eles que me toca profundamente; o cachorro oferece consolo sem exigir nada em troca, um companheiro fiel em meio ao caos.

Esses rituais — de assistir a um filme, fazer uma refeição juntos ou simplesmente compartilhar o silêncio com nosso cachorro — tornam-se formas de resistência à morte iminente. Eles representam nossa tentativa de criar significado em meio ao sofrimento. Como afirma Clifford Geertz (1973) em *A Interpretação das Culturas*, os rituais são práticas simbólicas que ajudam a organizar e dar sentido ao caos da existência. Esses pequenos atos diários, embora aparentemente triviais, são as formas que encontramos de nos mantermos conectados à vida. É essencial reconhecer que o câncer não deve ser encarado como algo que precisa ser excluído da vida, mas sim como uma parte inerente dela. Pessoas com câncer, mesmo que em processo de morrer, vivem, como demonstrou Ana Michelle Soares (2019) em seu livro *Enquanto eu Respirar*

Ninguém espera que uma paciente com câncer, em tratamento paliativo, esteja bonita, bem-vestida e vivendo as delícias que viveria se fosse saudável. Eu aprendi o que podia ou não fazer e nunca me expus a um risco idiota. Nesse processo todo, havia entendido que a medicação era só uma parte do tratamento. Eu precisava me amar, me divertir, me sentir bem, bonita, dar risada, sentir a vida correndo em cada veia do meu corpo. [...] Os médicos, exames, remédios eram parte da rotina, e não o que havia de principal na nossa agenda repleta de compromissos com o bem-estar e a felicidade. (SOARES, 2019, p.84)

#### E Ana Cláudia Quintana Arantes (2019)

Para estar ao lado de alguém que está morrendo, precisamos saber como ajudar a pessoa a viver até o dia em que a morte dela chegar. Apesar de muitos escolherem viver de um jeito morto, todos têm o direito de morrer vivos. Quando chegar a minha vez, quero terminar a minha vida de um jeito bom: quero estar viva nesse dia. (ARANTES, 2019, p.115)

#### E meu esposo A. (20024)

Se eu vou morrer, eu vou viver. Eu não sou somente essa doença, não preciso ficar falando dela toda hora. As coisas agora estão mais difíceis, meu corpo está mais fraco, mas eu ainda estou aqui. Não posso brigar com a morte, com o fato de que posso morrer, que irei morrer, mas não preciso já estar morto. Posso ainda desejar, planejar, sem me enganar. (A. Depoimento à autora, 2024)

O câncer e o morrer, sob essa luz, são um fenômeno vivido que está constantemente sendo feito e refeito, e que redefine o ser, o tempo, a subjetividade e as relações em suas dimensões mais fundamentais.

### **Ressignificar a Vida, a Morte e o Morrer**

Um argumento comum na antropologia cultural é que, nas sociedades ocidentais modernas, a morte se transformou em algo velado, isolado do convívio social. Philippe Ariès (1975), em seu clássico estudo *História da Morte no Ocidente*, argumenta que, ao longo dos séculos, a morte passou de um fenômeno público e comunitário para um evento escondido e medicalizado. Hoje, o morrer ocorre principalmente em hospitais, longe dos olhos da comunidade, e os rituais fúnebres foram progressivamente simplificados ou abandonados, refletindo uma aparente tentativa de negar ou evitar a morte.

Norbert Elias, em *A Solidão dos Moribundos* (1982), reforça essa perspectiva, sugerindo que o morrer, na sociedade moderna, é marcado por um isolamento progressivo. Os moribundos são afastados da vida pública e, muitas vezes, até de suas próprias famílias, enquanto os vivos evitam o confronto com a finitude. No entanto, a questão que surge é: estamos realmente negando a morte ou apenas reorganizando nossa relação com ela?

Se, por um lado, as práticas sociais em torno da morte parecem confirmar essa negação — com a medicalização da morte, a ausência de rituais robustos e o afastamento do moribundo —, por outro lado, nunca se falou tanto sobre a morte. O debate sobre eutanásia, cuidados paliativos e o direito de morrer com dignidade está em pauta em muitas sociedades ocidentais. As narrativas sobre o fim da vida são frequentemente retratadas em livros, filmes e discussões públicas. Assim, o que vemos é uma aparente contradição: uma morte velada nos rituais, mas presente nos discursos.

Para romper com essa visão dualista da morte, é necessário trazê-la de volta ao centro do debate antropológico como um fato social total, conceito introduzido por Marcel Mauss (1925). A morte não deve ser vista apenas como um evento biológico ou um tabu cultural, mas como um fenômeno social que abrange várias dimensões da vida em sociedade: emocional, religiosa, política e econômica. Mauss nos lembra que os rituais em torno da morte servem para reafirmar laços sociais, criar memórias coletivas e expressar valores culturais profundos. Mesmo nas sociedades modernas, onde os rituais parecem ter sido reduzidos, eles ainda desempenham um papel fundamental na maneira como as pessoas lidam com o luto e a finitude.

A negação da morte, assim, não pode ser entendida de maneira simplista. Mais do que uma recusa absoluta, o que ocorre é uma reorganização dos símbolos e práticas em torno da morte, que precisa ser analisada em seus próprios termos, sem cair na armadilha de uma excecionalidade ocidental. Todas as sociedades, ocidentais ou não, ritualizam a morte de alguma forma. Como destaca Robert Hertz em *A Morte e a Vida Futura* (1907), os rituais de morte são universais, embora variem em forma e significado. A questão, portanto, não é se há rituais ou não, mas como esses rituais foram adaptados às condições socioculturais contemporâneas.

Para Elisa Rodrigues (2023), ao investigar as práticas, rituais e encontros cotidianos no cemitério, a autora revela como a morte se insere na vida das pessoas e na dinâmica da cidade. Ela observa o cemitério como um “espaço cemitério”, onde o luto e as memórias são ressignificados pelo meio das interações entre vivos e mortos, e onde o sentimento de perda é negociado e reinterpretado. Em sua dissertação de mestrado, também abordou o papel das emoções, como saudade, melancolia e

pertencimento, que permeiam as visitas e práticas no cemitério, mostrando como esses sentimentos moldam as experiências individuais e coletivas de luto.

Por isso, compreender os rituais funerários e a construção de nossas emoções diante deste fim é relevante e sustenta a percepção de que a morte é um fenômeno sociocultural complexo, que pode pontuar questões emocionais, religiosas e psíquicas de maneira a movimentar uma série de análises a respeito de como nos preparamos, passamos e deixamos na cidade dos vivos, vestígios e sentimentos que continuam esperando para serem interpretados.

(RODRIGUES, 2023, p. 33)

Em sua obra *Notas sobre o Luto*, Chimamanda (2021) aborda a relação entre memória e perda, revisitando as lembranças do pai e como elas se transformam em sua ausência, revelando um processo de ressignificação que é comum no luto. Ela explora como o luto nos força a confrontar não apenas a falta de quem partiu, mas também as nossas próprias limitações frente à finitude e a impossibilidade de controlar o destino dos entes queridos. A autora explora o luto como uma dimensão relacional da existência humana, que evidencia a profundidade dos vínculos e o amor que sobreviveu à ausência física dos que partiram. Nesse sentido, o luto se configura não apenas como uma resposta emocional à perda, mas como um espaço no qual o passado e o presente se entrelaçam, sustentando a memória dos que amam.

O luto é uma forma cruel de aprendizado. Você aprende como ele poder ser pouco suave, raivoso. Aprende como os pêsames podem soar rasos. Aprende quanto o luto tem a ver com palavras e com busca de palavras. (ADICHIE, 2021, p. 14)

Esse processo evidencia como o luto pode ser um ato de permanência e continuidade, um modo de reafirmar a importância dos afetos que moldaram nossas vidas. Adichie (2021) revela que, na vivência do luto, o amor se transforma e se adapta à ausência, mantendo-se presente mesmo quando a pessoa não está mais fisicamente ali. Ela coloca em foco a natureza paradoxal do luto, que simultaneamente expressa a dor da separação e a força das conexões que perduram, permitindo que o enlutado encontre formas de seguir em frente sem jamais romper esses laços fundamentais.

Rosaldo (2014), ao relatar a experiência do luto, após a morte de sua esposa, sugere que os modelos tradicionais da antropologia não são suficientes para captar a profundidade emocional envolvida no luto e nos rituais de morte. Ao experienciar o luto ele próprio, o antropólogo compreende, de forma mais visceral, o conceito de “raiva” (raiva) associado ao luto que antes lhe parecia estranho e, de certo modo,

incompreensível. O argumento de que as emoções são contextuais e dependem de experiências vívidas, e que o luto não pode ser plenamente compreendido apenas pela observação distanciada. Rosaldo (2014) sugere que as emoções, como a raiva no luto, só podem ser verdadeiramente compreensíveis quando o pesquisador é capaz de se envolver, de algum modo, com as próprias experiências de sofrimento, pois a empatia e a experiência pessoal oferecem uma profundidade de compreensão que a mera observação antropológica.

Em sua obra, *Lutos finitos e Infinitos*, Dunker (2023) faz uma distinção entre o luto finito e o infinito. O luto finito refere-se à experiência de perda que é delimitada no tempo, onde o indivíduo busca uma forma de elaboração da dor que culmina em um processo de facilidade e resignificação da ausência. Esse luto pode ser considerado como uma resposta natural a perdas significativas, onde há um reconhecimento do que foi perdido e uma tentativa de reintegração dessa perda. Por outro lado, o luto infinito aborda a dimensão da perda que nunca se completa ou se resolve de maneira satisfatória. Nesse contexto, Dunker explora como algumas perdas geram um sofrimento que se estende indefinidamente, impactando a subjetividade e a vida do indivíduo de maneira severa. O luto infinito pode se manifestar em formas de melancolia ou de um estado de constante ausência, onde a dor da perda se torna parte intrínseca da identidade.

O que tenho percebido com a vivência do luto antecipatório, por conta da doença do meu companheiro, é que quando tudo terminar, meu luto não terá fim. Sairei de um luto para mergulhar em outro, podendo ser infinito e confesso que isso me apavora. A experiência do luto antecipatório, em decorrência da doença do meu companheiro, tem revelado uma dinâmica complexa que desafia as concepções ocasionais sobre a temporalidade do luto. Ao refletir sobre essa vivência, percebo que, quando chegar ao fim do processo de adoecimento, não emergirei de um luto para reencontrar uma normalidade prévia; pelo contrário, foi lançado em um novo luto, um que pode se estender indefinidamente. Essa possibilidade de um luto infinito provoca em mim uma apreensão significativa, uma vez que o medo do que está por vir se entrelaça com a dor presente.

Esse reconhecimento traz à tona questões centrais sobre a natureza do luto e suas implicações na vida cotidiana. O luto antecipatório, nesse contexto, não é apenas um precursor da perda; ele se transforma em uma experiência própria, um espaço onde a expectativa da ausência convive com o sofrimento da perda iminente. Assim, ao me tornar com a inevitabilidade desse novo luto, sou obrigado a considerar a fragilidade da condição humana e a complexidade emocional que envolve o enfrentamento das relações afetivas e da finitude.

O luto, a dor e até o medo da morte são vivenciados de maneira diferente em cada cultura, o que nos obriga a questionar até que ponto o “medo” ou “tabu” da morte no Ocidente é realmente uma exceção. O sofrimento, o luto e a resiliência diante da morte podem ser observados em todas as sociedades, e as emoções associadas à perda são organizadas por estruturas sociais e simbólicas.

Se, no Ocidente contemporâneo, a morte parece ser escondida, isso reflete uma forma particular de lidar com as emoções ligadas ao fim da vida. O silêncio e o afastamento dos rituais podem ser vistos como formas culturais de tentar controlar o impacto emocional devastador da perda. Porém, essa experiência não é exclusiva do Ocidente; todas as sociedades constroem, de maneira diversa, suas próprias maneiras de lidar com a morte e o sofrimento.

A maneira como temos lidado com a possibilidade da morte em nosso contexto pessoal, enfrentando o câncer metastático de meu esposo, demonstra que a morte, longe de ser um tabu absoluto, é constantemente discutida, refletida e, de certa forma, ressignificada no cotidiano. As nossas vivências diárias, as decisões sobre os cuidados paliativos, e as reflexões sobre o futuro indicam que a morte não é evitada, mas incorporada à vida.

Não há uma negação da morte; pelo contrário, ela está presente em cada conversa que temos, seja com os médicos, seja com nossos familiares, ou até em momentos íntimos entre nós. O que percebo é que, embora os rituais tradicionais de morte tenham sido de certa forma minimizados, como argumentam Ariès e Elias, as conversas sobre a morte e o processo de morrer se tornaram mais evidentes em nosso dia a dia. Estamos ressignificando esses momentos de maneira a transformar a morte em um tema de reflexão, e não de negação.

Ritualizamos o cotidiano, mesmo sem perceber. Criamos pequenos rituais, como assistir juntos a um filme, conversar sobre o futuro de nossa família ou simplesmente aproveitar os momentos de silêncio ou fazer uma breve vigem. Esses gestos, aparentemente simples, são formas de enfrentar a iminência da morte e, ao mesmo tempo, de encontrar sentido no tempo que nos resta. A morte não é, portanto, um tabu na prática cotidiana; ela se tornou uma presença constante, e aprendemos a conviver com ela de forma reflexiva e emocionalmente consciente.

### **Conclusão: Viver no Limiar**

Coelho (2016) analisa o impacto das emoções no trabalho intelectual, destacando como elas moldam a criatividade, a motivação e a capacidade crítica. Ela argumenta que as vivências emocionais não devem ser vistas como obstáculos, mas sim como recursos valiosos que enriquecem o processo de reflexão e análise.

Segundo Coelho, as emoções atuam como estratégias do pensamento, impulsionando a busca por novas ideias e abordagens, além de promover um engajamento mais profundo com os temas explorados. Essa perspectiva desafia a visão tradicional que separa razão e emoção, indicando que a integração das dimensões emocionais é essencial para a produção de conhecimento si.

No contexto das vivências do luto antecipatório, essa análise se torna ainda mais relevante. O luto antecipatório é uma experiência marcada pela expectativa de perda, trazendo à tona emoções intensas e complexas que muitas vezes permanecem silenciadas. Compartilhar essas vivências não apenas fornece uma maior compreensão do processo de luto, mas também abre um espaço fundamental para o reconhecimento da vulnerabilidade humana e da fragilidade das relações afetivas. Ao integrar nossas experiências emocionais ao trabalho intelectual, enriquecemos a reflexão sobre temas como a morte, a perda e a memória, trazendo à luz uma perspectiva mais holística que valoriza a experiência individual. Assim, ao refletir sobre as emoções no trabalho intelectual e a importância de compartilhar as vivências do luto antecipatório, somos levados a considerar como a validação dessas experiências pode transformar não apenas a prática acadêmica, mas também a forma como nos relacionamos com o conhecimento e com os outros. Essa abordagem propõe um ambiente mais acolhedor e sensível nas esferas educacionais e acadêmicas, onde a expressão emocional se torna um componente fundamental na construção de saberes e na elaboração de significados em torno da vida e da morte.

Para Peirano (2008), as experiências subjetivas e emocionais dos antropólogos influenciam a maneira como eles conduzem suas investigações, formulam hipóteses e interpretam os dados encontrados. Essa perspectiva desafia a dicotomia entre teoria e prática, indicando que a vivência pessoal não é um fator secundário, mas um elemento central na construção do conhecimento. Ao enfatizar a importância de considerar a subjetividade, a teoria vívida abre caminho para uma antropologia mais reflexiva e crítica, que valoriza as narrativas pessoais, resultando em um conhecimento que é ao mesmo tempo mais profundo e mais conectado às complexidades da condição humana. Essa abordagem não apenas enriquece a prática da pesquisa, mas também transforma a maneira como o conhecimento antropológico é produzido e compartilhado, promovendo uma maior empatia e compreensão nas relações entre os pesquisadores e os sujeitos do estudo.

A interseção entre a teoria vivida e o luto antecipatório revela a importância de compreender como as experiências teóricas podem influenciar a vivência do luto antecipatório. Ao analisar esse tipo de luto, é possível identificar pontos de convergência significativos que mostram como a teoria vivida pode ser aplicada para entender e auxiliar aqueles que vivenciam o luto antecipatório, revelando a

importância das experiências individuais e subjetivas, a compreensão da vivência do luto como um processo dinâmico e a consideração das interações sociais e culturais na experiência do luto antecipatório, permitindo assim uma compreensão mais holística e sensível aos tipos de luto, considerando as nuances e complexidades envolvidas.

A travessia de viver enquanto se morre, revela-se como um processo contínuo de resignificação. A partir dessa experiência, percebo que a morte, longe de ser um tabu absoluto, faz parte de nossas conversas e rotinas. Ela se tornou uma presença constante, refletida nas decisões diárias, nas emoções compartilhadas e nos rituais que criamos ao longo do caminho. Embora a sociedade ocidental contemporânea frequentemente tenha sido descrita como negadora da morte, conforme propõem autores como Philippe Ariès e Norbert Elias, minha vivência mostra que, em momentos de doença grave, a morte não é apenas encarada, mas também profundamente refletida.

A experiência de liminaridade, como descreve Victor Turner, nos coloca em um estado entre a vida e a morte, onde as fronteiras se tornam nebulosas, mas onde a reflexão e a resignificação emergem com força. Nesse espaço, reavaliamos o que realmente importa — as relações, o tempo presente, os pequenos rituais que nos conectam à vida. Mais do que temer a morte, nós a integramos às nossas práticas cotidianas, reconhecendo seu lugar e aprendendo a conviver com sua iminência.

Além disso, a ideia de que a morte é um fato social total, como propõe Marcel Mauss, revela-se fundamental para entender como ela transcende o aspecto biológico e assume dimensões culturais, emocionais e sociais. Os rituais, por mais discretos que sejam, continuam a desempenhar um papel crucial na forma como lidamos com a perda iminente e o luto antecipatório. Esses rituais, como compartilhar uma refeição, assistir a um filme, viajar ou simplesmente estar em silêncio juntos, são símbolos de resistência e de reafirmação da vida em meio ao sofrimento.

Por fim, a maneira como enfrentamos a doença e o processo de morrer também aponta para a importância de repensar a morte como parte integrante da vida, em vez de algo a ser evitado ou escondido. A morte não é o fim abrupto da vida, mas uma transição que nos obriga a revisitar nossos valores, nossas relações e nossos significados mais profundos. Vivemos, mesmo enquanto nos preparamos para morrer, e, nesse processo, resignificamos tanto a vida quanto a própria morte.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Meu companheiro terminou sua travessia no dia 26 de outubro de 2024, enquanto eu revisava esse artigo. Ele se foi, em casa, cercado de amor e cuidados, tanto meus e da

## Referências

- ADICHIE, Chimamanda. 2021. *Notas sobre o luto*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Almeida, C. and Sato, M. (2017). *Pluralismo Ontológico: Novas Perspectivas para a Prática de Saúde*. Revista de Saúde Pública, 51, 65.
- Barbosa, L. and Oliveira, F. (2019). *Construindo Pontes: Um Olhar Pluralista sobre a Atenção Básica*. Cadernos de Saúde Pública, 35, 72.
- ARANTES, A. 2019. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante.
- ARIÈS, P. 1975. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BOURDIEU, P. 1990. *O poder simbólico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- COELHO, M. 2019. *As emoções e o trabalho intelectual*. Horizontes Antropológicos. 25. 273-297.
- DUNKER. 2023. *Lutos Finitos e Infinitos*. 1 ed. São Paulo: Planeta do Brasil.
- ELIAS, N. 2001. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FOUCAULT, M. 2007. *Naissance de la clinique*. 7. ed. Paris: Quadrige/PUF.
- GEERTZ, C. 1978. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- GOOD, Byron. 1994. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Nova York: Cambridge University Press.
- HERTZ, R. 2015. *A morte e a vida futura entre os povos primitivos*. Petrópolis: Vozes.
- KLEINMAN, A.1988. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- KÜBLER-ROSS, E.1997. *Sobre a morte e o morrer*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- LUTZ, C.1988. *Unnatural emotions: everyday sentiments on a Micronesian atoll and their challenge to Western theory*. Chicago: University of Chicago Press.
- MAUSS, M. 1974. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU.
- MUZZIN, L. et al.1994. *Living with cancer: the liminal experiences of patients and their families*. In: *Social Science & Medicine*, v. 38, n. 6, p. 799-806.
- MOL, A. 2002. *The Body Multiple: ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press. 2002.
- PEIRANO, M. (2008). *Etnografia ou a teoria vivida*. Revista Ponto Urbe RODRIGUES, J. 2006. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ROSALDO, Renato. 2014. *Notes on poetry and ethnography*. In: ROSALDO, R. *The day of Shelly's death* Durham: Duke University Press. p. 101-113.

---

equipe de Cuidados Paliativos, de seus irmãos e alguns familiares íntimos, ouvindo suas músicas sertanejas e recebendo meus beijos. Seu último suspiro se deu em meus braços.

- SIQUEIRA, J; BARBOSA,.; BOEMER,M.2007. *O estigma da morte na experiência do câncer*. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 4.
- SOARES. A. 2019. *Enquanto eu respirar*. Rio de Janeiro: Sextante
- SONTAG, S.1984. *Doença como metáfora*. 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- TURNER, V.1974. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. 2. ed. Petrópolis: Vozes.