

**JUSTA OU INJUSTA:  
as moralizações do falecimento de idosos atendidos por cuidadoras**

***FAIR OR UNFAIR:  
the moralizations of the death of elderly people assisted by caregivers***

---

Anna Bárbara Araujo\*

Vittorio Talone\*\*

**Resumo**

Com base em um trabalho de campo acompanhando cuidadoras de idosos que atuam em uma política pública do município de São Paulo, propomos uma discussão sobre como elas qualificam e, assim, lidam de diferentes formas com a morte da população por elas atendida. Dialogando com o arcabouço analítico da sociologia pragmática, mostramos como as cuidadoras “moralizam” variadamente a morte, por exemplo, como “justa”, “injusta”, “evitável” ou “natural”, o que depende das circunstâncias da morte, das condições de vida do idoso e da relação estabelecida com eles. Tais qualificações também são influenciadas pelas formas como as profissionais se sentem, isto é, por suas sensações e afetos, causando efeitos na continuidade de suas vidas pessoais e/ou profissionais. Assim, analisamos as formas pelas quais as cuidadoras **aprendem** a lidar com a morte dos idosos não apenas no processo de somar “bagagens de experiência”, mas por serem direcionadas a um (e exercerem o) “trabalho afetivo”, o que envolve uma “educação das emoções”. Argumentamos que a qualificação e, logo, a **moralização** das mortes varia segundo um trabalho ativo de interpretação e reinterpretação das experiências, o que inclui uma modulação do próprio âmbito afetivo-intensivo.

**Palavras-chave:** Morte. Cuidado. Moral. Trabalho afetivo.

**Abstract**

This article is based on field work conducted among elderly care workers in a public policy in the city of São Paulo, Brazil. We propose a discussion on how they qualify and thus deal in different ways with the death of the ones they assist. Through the analytical framework of the pragmatic sociology, we show how care workers diversely “moralize” death, e.g., as “fair”, “unfair”, “avoidable” or “natural”, depending on the circumstances of the event, on the life conditions of the elderly and on the relationship established with them. Such qualifications are also influenced by the way the professionals feel, i.e., by their sensations and affects, causing effects on the continuity of their personal and/or professional lives. Thus, we analyze the ways in which care workers learn to deal with the death of the elderly not only by gathering a “baggage of experience”, but by being directed to (and exercising) an “affective work”, which involves an “education of emotions”. We argue that the qualification and, therefore, the moralization of death vary according to an active work of interpretation and reinterpretation of the experiences, which includes a modulation of the affective-intensive scope itself.

**Keywords:** Death. Care. Moral. Affective work.

---

\* Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DCS/UFRN). E-mail: anna.araujo@ufrn.br

\*\* Pesquisador de pós-doutorado (Faperj nota 10) do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA-UFRJ) e do Núcleo de Estudos da Cidadania, Conflito e Violência Urbana (NECVU-UFRJ). E-mail: vittorio.talone@gmail.com

## Introdução<sup>1</sup>

Neste texto, discutiremos como o processo de morrer e a morte de idosos são **moralizados** por terceiros que estavam profissionalmente em contato com aqueles. Ou seja, analisaremos como, a partir do contato com o falecimento de idosos, essas pessoas mobilizam noções como morte justa/injusta e natural/não natural. Faremos isso partindo das narrativas de cuidadoras de idosos que atuam em uma política pública do município de São Paulo e que, em suas rotinas de trabalho, com alguma frequência, lidam com a morte dos idosos atendidos. As cuidadoras estão em contato cotidiano com os idosos em seus domicílios e desenvolvem relações interpessoais com eles, estando frequentemente presentes em seus processos de adoecimento e/ou de morte. Assim, em geral acompanham mais de perto, em termos de contato afetivo/emocional, esses processos do que enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, embora não tão de perto quanto os familiares dos idosos, o que oferece, argumentamos, um ponto de vista privilegiado para discutir a moralização das mortes.

Nesse sentido, destacaremos que a forma como as cuidadoras encaram tais fenômenos depende de suas concepções sobre a “justiça da morte” (definida à frente) e de um processo de “naturalização da morte”. Tais qualificações, por sua vez, são fruto de um duradouro “trabalho afetivo” – desenvolvido por elas em sua prática profissional e discutido, por suas equipes de trabalho, em palestras e em treinamentos.

O artigo se insere nas discussões sobre a dimensão emocional e moral do trabalho de cuidado, mobilizando um arcabouço analítico inspirado na sociologia pragmática (BOLTANSKI, 2009; BARTHES *et al.*, 2016) e pela filosofia pragmatista americana (JAMES, 1907; DEWEY, 2007; PEIRCE, 1998) para discutir em que medida a morte integra as rotinas de trabalho das cuidadoras e como ela é mobilizada, interpretada e vivenciada por essas profissionais. Assim, ao tratarmos sobre “moral” e “moralização”, dialogamos como uma **sociologia da moral** que desloca a moral para o lugar de objeto (WERNECK, 2012a)<sup>2</sup>. Aqui a pensamos como quadros plurais de referência para as pessoas, “gramáticas” segundo as quais elas relacionam referências sobre o “bem” e as experiências vivenciadas/observadas. Ao refletirmos sobre qualificações como “justo”, “injusto” e “natural”, por exemplo, lidamos com tramas complexas de referências a formas de bem e o estabelecimento de **normalidades** nelas baseadas (WERNECK, 2012a).

O texto se divide em quatro partes, além desta introdução: 1) Começamos com uma breve apresentação a respeito de como a morte foi discutida e interpretada por parte da literatura

---

1 Este artigo é resultado de reflexões no âmbito de: 1) pesquisa de pós-doutorado financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo 2020/05176-3); 2) pesquisas de doutorado financiadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Código de Financiamento 001; e 3) pesquisa de pós-doutorado financiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (processo E-26/202.009/2020).

2 Logo, distingue-se de uma **sociologia moral** cujas reflexões implicam um direcionamento a respeito de como o mundo **deveria ser**.

sociológica e sobre como a noção figura neste texto a partir da pesquisa empírica em questão. 2) Em seguida, discutimos mais substantivamente sobre a pesquisa e a metodologia por meio da qual os dados apresentados foram recolhidos. 3) Com isso, analisamos como a **moralização** das mortes pelas cuidadoras de idosos envolve a classificação das mortes como “justas” ou “injustas”; “naturais” ou “não naturais”. Por fim, 4) debatemos sobre as formas de **aprender a lidar com a morte** por parte das cuidadoras – implicando uma discussão sobre a experiência pessoal/profissional e sobre “trabalho afetivo” (HARDT; NEGRI, 2001), o que envolve uma “educação das emoções” (QUÉRÉ, 2018).

### **Envelhecimento e morte**

Segundo Douglas J. Davies (2005), uma “história da morte” é tão complexa quanto a experiência de cada pessoa para com ela, pois cada ser tem a sua própria narrativa autobiográfica relacionada com a morte<sup>3</sup>. Nesse sentido, a “morte [seria] especialmente importante porque fornece um contexto primordial [em que] a motivação pela vida pode ser verificada” (DAVIES, 2005, p. 12).

A morte, assim como o nascimento, é tida por Edmund Husserl (*apud* STEINBOCK, 1998, p. 181) como uma “ocorrência essencial para a constituição do mundo [moderno]”: ela se estende para antes e para depois de nós em uma comunidade de gerações, sendo a realidade inexorável de toda vida humana ao menos em sua dimensão física – ela é onipresente (KEARL, 1989). De maneira geral, a morte seria uma situação limite e inescapável, traduzida em um status de passagem/transição “não agendado” (GLASER; STRAUSS, 1965) para a própria pessoa em vias de óbito e para os profissionais lidando com a situação, como as cuidadoras. No final das contas, a morte é um problema dos vivos (ELIAS, 2011).

No entanto, ainda que, conseqüentemente, estejamos cientes de que ela pode se concretizar a qualquer momento, levando-nos a tomar precauções especiais de cuidado e de controle contra a **ameaça de aniquilação** (ELIAS, 2011), esse conhecimento não é viável de ser exercido a todo instante na vida cotidiana. Nós não refletimos ininterruptamente sobre isso, estando alertas a cada possível causa de decesso – na maior parte do tempo operamos em um estado de **crença**, no sentido de Charles S. Peirce (1877).

Em razão disso, nos casos como os que veremos à frente, as pessoas, como as cuidadoras, podem se “surpreender” com algumas mortes – ainda que os idosos sob seus cuidados estivessem em situação delicada e/ou com idade muito avançada. As atividades corriqueiras e o exercer da profissão de cuidadoras podem ser conduzidas sem que haja, necessariamente, uma reflexão corrente a respeito da possibilidade da morte. A morte “injusta”, por exemplo, é precisamente aquela não esperada (por motivos diversos); e o lidar “adequado” com a morte é algo a ser aprendido –

---

<sup>3</sup> Para “histórias” da morte e as distintas abordagens da filosofia, da sociologia, da antropologia e da religião a seu respeito, ver Davies (2005). Sobre a morte e as várias formas de lidar com ela, ver Aries (2000).

tema de nossa última seção –, traduzindo-se no não deixar se abalar de forma “incapacitante” ou prejudicial à própria saúde, à convivência com os familiares ou à rotina de trabalho.

Como abordamos especificamente a morte de pessoas idosas e que necessitaram, em algum momento de suas vidas, de uma cuidadora, cabe outra consideração. Além do fim efetivo da vida de forma repentina, temos a **morte gradual** (ELIAS, 2011): as pessoas envelhecem e adoecem, gerando uma série de efeitos duráveis sobre si e sobre terceiros, causando consequências sobre a continuidade de suas existências.

Portanto, o contato com a morte ou com sua possibilidade iminente dão origem a autorreflexões e a ponderações sobre situações (pessoais e profissionais) que cercam o falecimento. A forma como ela acontece e como as pessoas a consideram – se justa ou injusta – causam diferentes efeitos para aqueles que permanecem. Por exemplo, as cuidadoras podem se abater, mas prosseguir no trabalho; outras podem ficar deprimidas e decidirem por deixar a carreira. Por isso, é relevante mapearmos as variadas maneiras como as profissionais em questão podem “moralizar” a morte de um idoso, pois têm impactos distintos sobre a rotina de trabalho e sobre suas decisões pessoais.

Quando falamos aqui de diferentes formas de “moralizar”, reconhecemos **moral** como um quadro plural de **sentidos** que podem ser mobilizados pelas pessoas para sustentar suas próprias ações (WEBER, 2001; WRIGHT MILLS, 1940; WERNECK, 2012b); o que tem íntima relação com as motivações subjacentes às ações das pessoas – motivações essas alocadas e sustentadas pelos próprios atores. E o motivo é o “contexto de significado” (WAGNER, 2012) aparecendo como a razão da conduta em um mundo.

Por fim, julgamos adequado destacar brevemente formas específicas como a literatura científica abordou essa relação das cuidadoras com a morte dos beneficiários de cuidado. Longe de pretendermos esgotar o debate, aqui mencionamos dois trabalhos relevantes para nossa discussão.

O estudo de Jason Rodriguez (2009) em lares de idosos norte-americanos mostra que as trabalhadoras de cuidado usam uma retórica da **morte ativa**, isto é, partilham da crença de que os idosos tinham algum tipo de controle sobre as condições e a duração de suas mortes. Dependendo da situação, por exemplo, acreditava-se que os residentes poderiam “esperar” para morrer quando a família chegasse, ou quando seus familiares ou a cuidadora deixassem o quarto, optando por morrer sozinhos. A atribuição dessa agência é uma construção moral feita pelas trabalhadoras do cuidado de modo a aplacar a sensação de perda e gerenciar seus próprios afetos/emoções diante da morte das pessoas de quem cuidavam diariamente.

Já o estudo de Roi Livne (2014) sobre o mercado de cuidado paliativo mostra como a ética desse tipo de cuidado dota o processo de morrer de novos significados, enfatizando as virtudes de se alcançar a aceitação e limitando os tratamentos de saúde considerados invasivos, agressivos e meramente postergadores da morte. Nesse caso, os trabalhadores do cuidado são instados a promover a **boa morte**: pacífica, natural e sem sofrimento.

Nesses dois trabalhos, fica claro que o trabalho de cuidado, seja com idosos e/ou com pacientes terminais, envolve um esforço de compreensão e de resignificação da morte. Ao conferir agência aos “moribundos” ou efetivamente positivar a morte (como o fim natural de um processo biológico), as cuidadoras buscam encontrar maneiras de lidar com ela, lhes dando alguma inteligibilidade. No caso das cuidadoras abordadas aqui, destacaremos como elas elaboram estratégias distintas para lidar com a morte envolvendo tanto uma 1) moralização variada da morte que depende fundamentalmente das condições em que essas ocorreram, quanto um 2) aprendizado prático e profissional de como lidar com ela (inclusive, afetivamente).

### **A experiência com a morte por cuidadoras do PAI**

A pesquisa que baseia este texto consistiu em um estudo etnográfico realizado com cuidadoras de idosos que atuam no PAI (Programa Acompanhante de Idosos), uma política pública do município de São Paulo voltada ao cuidado domiciliar de idosos frágeis e vulneráveis. Cada equipe do PAI atende cerca de 120 idosos e é composta por um quadro multiprofissional, que inclui médico, enfermeiro, assistente social, dois técnicos de enfermagem, motorista, secretária e dez cuidadoras. Atualmente há mais de 50 equipes em funcionamento. O PAI é centrado justamente na figura das cuidadoras, também chamadas de acompanhantes, e essas são as profissionais que têm contato de forma mais durável com os idosos. No PAI, cada cuidadora atende em torno de doze idosos, realizando visitas domiciliares e os acompanhando em idas a hospitais e a centros de saúde, auxiliando-os em idas ao supermercado e à farmácia, fazendo caminhadas, entre outras atividades. Em geral, as visitas para cada idoso têm duração de uma hora e meia e a quantidade de visitas por semana depende do grau de vulnerabilidade social e física do idoso. Cada cuidadora pode passar meses ou até anos atendendo o mesmo idoso até que ele deixe o programa, seja por receber “alta”, por ser encaminhado para outro programa, por mudança de endereço ou por óbito.

Cabe notar igualmente que os idosos atendidos, em geral, têm doenças crônicas, sendo as mais comuns a diabetes e a pressão alta, mas poucos são gravemente dependentes (necessitando de ajuda no banho ou estando acamados, por exemplo). Ou seja, são idosos que têm problemas de saúde, mas não estão, em geral, à beira da morte.

O artigo se baseia nos dados recolhidos por Araujo (2019b) em três meses de trabalho de campo com uma equipe do PAI localizada em uma região de classe média baixa de São Paulo. Do início de abril ao final de junho de 2017, foram conduzidas quase quinhentas horas de trabalho de campo. As atividades realizadas pelas cuidadoras foram observadas cinco dias por semana, durante seu horário de trabalho. Mais especificamente, examinou-se o trabalho das cuidadoras em suas rotinas administrativas, reuniões, conversas informais e, principalmente, em suas interações com os idosos.

Também foram realizadas vinte entrevistas com cuidadoras de outras equipes do PAI, localizadas em diferentes regiões da cidade. As entrevistas tiveram como objetivo discutir as experiências de trabalho das cuidadoras e, em particular, a relação que estabelecem com os idosos. Grande parte das perguntas feitas às cuidadoras foram inspiradas nos dados coletados durante o trabalho de campo.

### **Mortes justas e mortes injustas**

Embora o argumento de Elias (1994, 2011) exponha como, nas **sociedades civilizadas**, a morte e as doenças foram se tornando mais previsíveis, exigindo de cada indivíduo um grau mais elevado de antecipação e de controle das paixões; também há a possibilidade de que as pessoas experimentem o falecimento de idosos (por vezes “sofrido”) como um rompimento repentino. Há casos em que uma preparação prévia efetiva não é possível: pela pouca experiência pessoal e/ou profissional, pelo forte apego ao falecido, por ter sido fruto de complicações urgentes etc. Nesses casos, há uma enorme “força emocional de (...) morte” (ROSALDO, 1993, p. 167), rompendo drástica e permanentemente uma relação íntima particular. São situações em que “deve-se considerar a posição do sujeito dentro de um campo de relações sociais, a fim de compreender a sua experiência emocional” (ROSALDO, 1993, p. 167), isto é, a relação com o idoso, o tempo e a qualidade das experiências, a existência ou não de discussões coletivas sobre a morte e o luto no trabalho, entre outros elementos.

A cuidadoras relatam sofrer de forma mais penosa quando consideram que a morte de um idoso foi “injusta”, por vezes, não esperada. Seria o oposto de quando consideram que a pessoa estava mal e em sofrimento, tendendo a interpretar a morte como “alívio” e “descanso” para o idoso. Vejamos o seguinte trecho de entrevista<sup>4</sup>:

Pesquisadora: E algum idoso que você acompanhava já veio a falecer?

Cuidadora 1: Já. Já, já.

Pesquisadora: E como foi pra você?

Cuidadora 1: Pra mim foi muito triste. [...] A minha supervisora chamou até a psicóloga pra conversar comigo. Porque, assim, a gente sabe que é o fim pra eles, né? Que a gente tenta dar uma qualidade de vida pra eles ir bem, mas a gente sabe que agora é a etapa final. Só que, assim, quando o idoso falece por doença ou pela velhice... Mas ela não [**a idosa sob cuidado**]. Ela era... O marido batia nela. E era idoso também, né? Já levei ela na delegacia da mulher. Já tentamos tirar ela de lá. Ela não quis. E ele empurrou ela e ela caiu. Depois que ela caiu, ela não andou mais. Parou de andar, ficou internada na Santa Casa, voltou, sabe? Tem um filho que, pra mim, também foi... Não cuidou dessa parte do pai e da mãe, né? Porque ele tava no meio dos dois. Então, eu acho que ele ficava meio perdido. Não sei. Então, pra mim, foi triste. Porque, pra mim, não foi uma morte assim... Pra mim, foi provocada. Porque, depois dessa queda, ela fez a

---

<sup>4</sup> Reproduzimos a transcrição das falas como foram ditas, por vezes as editando pontualmente para dar maior clareza ao/a leitor/a.

cirurgia na coluna. Porque teve... Ela parou de andar por causa da queda. Tinha que descomprimir alguma coisa que eu não sei o nome. E, aí, depois acho que não ficou uma semana e ela faleceu. Eu fui no velório, fui no enterro. Mas, pra mim, assim, foi uma perda muito grande. Porque, pra mim, era pra ela estar aí!

Nesse caso, a morte da idosa é entendida, pela cuidadora, como consequência direta de **violência doméstica**. Parte do “sofrimento injusto” dos idosos parece estar ligado justamente às **violências**<sup>5</sup>, ao esquecimento ou descuido da própria família, a algum acidente evitável, entre outras possibilidades similares. Como resultado, tem-se a ampliação do sofrimento da própria cuidadora, que, nesse caso, relata dificuldades em aceitar a morte da idosa e, inclusive, coloca sua ocorrência como disruptiva para sua rotina de trabalho – trata-se da interpretação sobre a morte e da atribuição causal para a sua ocorrência a partir das consequências causadas por uma ação (PEIRCE, 1998; JAMES, 1907), por exemplo, um ato de violência física.

Se no caso acima o falecimento é qualificado como **injusto** pois foi precipitado por uma agressão física, por violência doméstica, outro exemplo é o de uma cuidadora que interpreta a causa do falecimento da idosa de quem cuidava, e que estava em curatela judicial, pelo fato de a idosa não ter tido acesso a um remédio crucial ao seu tratamento. Para a profissional, não foi providenciada a tempo a compra do remédio, que estava em falta para distribuição gratuita no posto de saúde, culminando na morte **injusta e sofrida** da idosa. A cuidadora tomou como determinante para a deterioração da saúde e para o eventual falecimento da idosa a não ingestão por mais de uma semana desse medicamento, de uso contínuo:

Cuidadora 2: Então, isso, pra mim, me doeu muito porque não precisava ter sido assim. Porque a gente poderia, pelo menos, ter dado pra ela uma morte mais tranquila, né, mais assistida. Ela foi assistida, mas complicou muito, você percebe? O que falta, às vezes, uma coisinha simples que desencadeou a outra e desencadeou e a gente não tem como consertar mais. Muito dolorido, viu? Muito triste, muito, muito, muito, porque não precisava ser. E ela falou pra mim. Ela falou pra mim assim: “Eu não precisava estar passando por isso”. Eu falei: “Realmente”.

O caráter de “injusto” de uma morte também pode ser constatado a partir dos variados efeitos negativos sobre a própria pessoa em contato com aquele que faleceu (TALONE, 2020), como é o caso para algumas cuidadoras. A profissional cuja fala é destacada a seguir, por exemplo, chegou a mudar temporariamente de ocupação, narrando como motivo a desilusão e o sofrimento com a morte inesperada – e injusta – de uma idosa. Ela compara tal situação com a experiência de ter cuidado de seu próprio pai com câncer em estágio terminal antes de trabalhar com essa idosa<sup>6</sup>:

5 Como Misse (1999, p. 39) destacou: “[n]ão existe ‘violência’, mas violências, múltiplas, plurais, em diferentes graus de visibilidade, de abstração e de definição de suas alteridades”.

6 Certas situações de contato com a morte podem se tornar “paradigmáticas” para as pessoas que lidam com elas, justamente por a considerarem “injusta”, “absurda”, “violenta” etc. As lembranças de tais situações podem retornar em momentos posteriores e influenciar as sensações presentes (TALONE, 2019; 2020).

Cuidadora 3: Então, eu perdi uma paciente e eu fiquei deprimida. Porque eu sou bobona, né? Então, eu gostava muito dela, ela era minha filha. E eu perdi ela. (...) O meu último trabalho particular foi no [**Hospital** ...]. Foi lá que eu perdi ela. (...). E, aí, eu fiquei deprimida um ano. Não quis saber de fazer nada disso [**profissão de cuidadora**]. Comecei a fazer outras coisas, comecei a mexer com cabelo. Falei: “eu não quero mais. Isso não é pra mim”. A vida é ingrata. A gente cuida, se mata, dá tudo, e a morte vem e leva da sua mão sem você poder fazer nada. Eu fiquei meia... sabe? Muito frustrada! Porque eu tinha certeza que ela ia durar muito. E infelizmente ela teve um AVC hemorrágico de grande expansão. Não teve... Realmente não tinha o que fazer. E eu não me conformei. Aí, eu fiquei um ano fazendo outras coisas, mexendo com cabelo, com unha, essas coisas assim. (...) Mas nem quando meu pai morreu eu fiquei tão deprimida que nem eu fiquei com essa idosinha que eu perdi.

Pesquisadora: E por que você acha que foi tão...

Cuidadora 3: Porque ela só tinha Alzheimer. Ela SÓ tinha Alzheimer. Ela internou com infecçãozinha de urina. (...) Isso me deu, sabe, aquela... Sabe aquela sensação de impotência de tudo? Foi por isso que eu fiquei com depressão. [**Por causa da**] impotência. Ela só tinha Alzheimer. Ela ia [**viver**] anos ali! Entendeu? Mas, assim, como dizem, né? É AVC, acidente vascular cerebral. Então, é um acidente.

Pesquisadora: Não tem como...

Cuidadora 3: Não tem como. Então foi... Foi... Foi um susto pra mim. Eu não... Sabe uma coisa que você não espera? O meu pai eu já tava esperando, né? Devido à doença dele. Ela não! Eu não tava esperando, aí foi aquela... Sabe? Eu demorei pra aceitar. Foi bem complicado. Aí, eu falei: “eu não quero mais cuidar de idoso! Porque nossa, meu Deus do céu, eu não aguento. Já perdi dois. Porque ela... Né? Não, não quero mais, não quero, não quero.

Nesse caso, a cuidadora atuava de maneira particular, sozinha, antes de adentrar uma equipe do PAI. Ou seja, não teve acesso ao apoio de uma equipe multidisciplinar e de colegas com experiências parecidas para lidar com a morte da idosa cuidada. Isso pode fazer com que o sofrimento seja experimentado de maneira solitária, podendo impossibilitar ou retardar a **ressignificação** e/ou a **dessingularização** da experiência (POLLAK, 1990; BOLTANSKI, 2004; TALONE, 2020). Esses são mecanismos que podem aliviar o luto por meio do compartilhamento de emoções/afetos, incluindo o sofrimento e o sentimento de injustiça entre colegas cuidadoras (BORGEAUD-GARCIANDÍA, 2012), e/ou pela canalização da dor em ações específicas – como de conscientização, por exemplo. Na ausência desses mecanismos, as sensações de impotência e revolta frente à morte podem ser amplificadas.

Essas situações de “contato com a morte” e seus efeitos se dão de forma distinta quando as cuidadoras consideram a morte do idoso como algo natural. Aqui, a morte passa a ser encarada como o desfecho previsível de um processo de adoecimento e/ou como alívio do sofrimento dos idosos. A morte passa a ser enquadrada/compreendida como um fenômeno calculável e como fim de um ciclo de martírios. Nesse caso, a moralização passa pelo entendimento, da cuidadora, de que se efetivou o “bem do outro” (WERNECK, 2012b, p. 304), isto é, a pessoa – por mais triste que possa ficar com a morte do idoso – nota o **bem exclusivo** de um terceiro (no caso, o idoso) como o fator central de uma situação:



Pesquisadora: E já aconteceu de algum idoso que você acompanhava vir a falecer?

Cuidadora 4: É, deixa ver, aconteceu. (...). Aí, fiquei chateada. A gente fica triste, né? Porque a gente convive, vai fazendo parte do nosso convívio, né? A gente tá sempre ali, toda semana. Aconteceu de falecer. A gente sente, sim, né? (...). Eu senti, mas eu via que era uma pessoa que tava sofrendo muito, né? Que precisava... A gente pensa assim: descansou, né? Fiquei chateada, mas aconteceu, faleceu.

A morte ainda é compreendida como um acontecimento triste, mas que, ao menos, “aliviaria” o sofrimento do idoso sob cuidado. Com isso, não cai sobre ela a carga negativa de “injusta” ou de “sofrida”. Passemos agora para outra experiência, a de uma idosa com Alzheimer que faleceu após sofrer uma queda e quebrar o fêmur. Em seguida ao acontecimento, sua acompanhante foi até a casa da filha para conversar sobre o luto.

Cuidadora 5: Mas, num geral, foi melhor pra ela porque ninguém merece viver desse jeito. Aí, a gente foi uma tentando levantar a moral da outra: “foi melhor pra ela. Tá num bom lugar, tal, tal”. E a gente ficou de boas também. E hoje a gente só conversa, ficamos amigas. Porque tem isso também, você ganha muita amizade, né? Você conhece muita gente. Isso tudo te engrandece como pessoa. Muito. E é isso. Você cresce muito como pessoa. Vendo o sofrimento dos idosos. Eles sofrem demais.

Nota-se como uma mesma doença – o Alzheimer – pode ser encarada por uma cuidadora como algo não grave, enquanto para a outra ela é vista como desencadeadora de sofrimentos e problemas pessoais/profissionais. Ou seja, não há, necessariamente, uma correspondência definida entre a situação dos idosos atendidos e o modo como suas mortes são interpretadas e moralizadas.

No último caso, não apenas há a questão do “alívio” relativo a uma condição de vida precária (pelas complicações de um acidente), como há uma dimensão de “aprimoramento” pessoal, em âmbito íntimo (experiência de vida e maturidade) e profissional (“bagagem de experiência”). Trata-se do “aprendizado” com a morte, o que nos leva à seção a seguir. É com base nessas diferentes formas de compreensão a respeito da morte, sustentadas por bases de sentido distintas, que entendemos existir diferentes “moralizações” da morte por parte das cuidadoras.

## **Aprendendo a lidar com a morte**

### *Sobre sentimentos, afetos e emoções*

Para James (1890a), a emoção começaria e terminaria por efeitos e manifestações, pois a vida mental em sua totalidade é entrelaçada à nossa estrutura corporal (JAMES, 2013). Isto é, um primeiro indicador de como pensar e analisar nosso âmbito afetivo se dá pelos efeitos

constatados pelas pessoas em pesquisa, classificando certas sensações como “dor”, “tristeza”, “raiva”, “ansiedade extrema” etc. Pensamos esses elementos – partindo do constatado e comunicado pelas pessoas no exercício de suas falas e de suas lembranças –, como sugerido por John Dewey (1896), como um “circuito completo”. A proposta do pensador americano é interessante para esta pesquisa pela centralidade do **afeto em ação** (GARRISON, 2003). Nosso foco é dar conta do que direciona e molda a ação e as interpretações: os movimentos e seus efeitos explicam atitudes emocionais, não o inverso. Pensamento, afeto, ação, cognição etc., estão em um mesmo processo duracional-extensivo dos esforços das pessoas para coordenar seus comportamentos nas situações em que se encontram no presente. Cognitivo, afetivo e prático, no final das contas, são abstrações (QUÉRÉ, 2018).

Em suma, aqui chamamos de afeto aquilo manifestado no corpo na passagem de uma “realidade à outra” – considerando a existência de uma pluralidade de mundos (JAMES, 1907; SCHÜTZ, 1945) –, ou seja, é algo constituído como uma transição vivida (DELEUZE, 2017). No caso desse estudo, isso se traduz no rompimento de uma relação: a da profissional com o idoso que veio a falecer. Afetos são, portanto, viscerais (SEIGWORTH; GREGG, 2010; VANDENBERGHE, 2017): fluxos de energia pulsante, como intensidades, tendências e potencialidades que podem ser sentidas. Mas eles também podem ser caracterizados (e muitas vezes o são) como emoções – dor, tristeza, raiva, sofrimento. Tais afetos e/ou emoções “circulam” na mente/nos corpos das pessoas nas mais diversas situações como energia emocional (COLLINS, 2004), transportando-se entre essas<sup>7</sup>. Assim, as emoções podem operar mediando a relação entre o psíquico e o social e entre o individual e o coletivo (AHMED, 2004), interessando-nos justamente investigar a socialidade delas<sup>8</sup>.

A emoção (de tristeza, dor e/ou raiva, por exemplo, podendo haver composição entre essas) está ligada a um modo de conduta, a uma forma de se comportar e à qualidade de uma situação – como ela está sendo definida pela pessoa (THOMAS, 1923). As sensações de injustiça ou de algo ruim “inominável” sentido e comunicado, e o torpor sentido por algumas trabalhadoras, são afetos estritamente ligados a certas experiências e lembranças recuperadas ou despertadas repentinamente em certas situações. Pensamos o afeto mais como uma “coordenação problemática” de sensações (concretas ou imponderáveis) na definição de situação e a emoção como um ajuste **agêntico** da atitude com um fim representado (QUÉRÉ, 2018).

Optaremos por usar os termos “afeto” ou “sentimento” para traduzir esse âmbito de fenômenos vivenciado pelas cuidadoras. Mobilizamos esses termos para dar conta dos diferentes efeitos intensivos sentidos no corpo e suas modificações/alterações/reinterpretações. Essa

---

7 Talone (2020) explora como tais afetos existem junto às lembranças de pessoas que tiveram alguma forma de contato com a morte, podendo ser algo localizado no corpo de maneira direta (taquicardia, dores nas juntas) ou tomando forma como “atmosfera”: de preocupação, de nervoso, de alegria etc.

8 A dimensão emocional do trabalho de cuidado de idosos, embora não relacionada à questão da morte, também foi explorada em Araujo (2019a).

discussão é necessária para entendermos como as cuidadoras buscam lidar com e “educar” tais sensações<sup>9</sup>, possibilitando a continuidade de suas rotinas nas dimensões pessoal e profissional.

### *O trabalho afetivo (ou como “educar” os sentimentos)*

A moralização das experiências das cuidadoras sobre a morte dos idosos não é algo que se dá “naturalmente”, sem elaboração, mas muitas vezes é fruto de um trabalho ativo sobre os próprios sentimentos/afetos, construído e efetivado a partir de reuniões com equipes, pelo apoio psicológico e na frequência a palestras sobre luto e finitude. Ou seja, as concepções que elas têm sobre a morte (as “moralizando”) e a forma com que lidam com isso são também parte de seu trabalho e dependem de um processo de aprendizagem/modelagem<sup>10</sup>.

Para compreender esse processo, mobilizamos a noção de **trabalho afetivo**. Esse diz respeito à faceta do trabalho imaterial relativo à produção de subjetividades coletivas, da socialidade e da vida (HARDT, 1999). O filósofo e teórico literário Michael Hardt defende que a categoria de trabalho afetivo permite compreender diferentes âmbitos de como é possível se **criar vida**, isto é, de como em diversos domínios profissionais existe a produção e a reprodução dos afetos<sup>11</sup>.

Como observado no trabalho de campo, os espaços de comunicação formais e informais das cuidadoras são ambientes para se adquirir as habilidades necessárias ao trabalho, incluindo sua dimensão afetiva. Assim, o trabalho afetivo das cuidadoras envolve duas dimensões/diretrizes inter-relacionadas: 1) a comunicação por meio de sentimentos (ou os sentimentos como recursos mobilizados no trabalho), que se expressam especialmente no estabelecimento de relações íntimas (ARAÚJO, 2019b); e 2) um trabalho ativo sobre o *self* (sobre o próprio *self* e sobre o *self* dos idosos) (ARAÚJO, 2019b). Nesse texto, mostrou-se como o trabalho afetivo opera no cotidiano das cuidadoras de idosos em suas interações diárias com aqueles atendidos pelo programa. O trabalho afetivo também orienta a experiência que as cuidadoras têm com os processos de morte dos idosos de quem cuidam. O que fica evidente, por exemplo, nessa narrativa de uma cuidadora sobre a aceitação da morte:

Cuidadora 3: Se o paciente é terminal, é terminal, então. É frustrante? É. Mas a gente tem que encarar. A gente tem que encarar que eu vou indo, vou indo, vou indo, vou indo, mas aqui [**eventualmente**] já não tem mais pra onde eu ir, né? Então, eu não

9 Pois uma pessoa é o conjunto formado por seu corpo, seus poderes psíquicos, suas posses, suas relações, seus afetos e emoções, sua hereditariedade, sua reputação e tudo o que lhe disser respeito (JAMES, 1890b). Sendo preciso, assim, também darmos conta do âmbito afetivo para compreendermos os efeitos das experiências vivenciadas.

10 Uma outra entrada da discussão sobre esse tema, como explorado por Corôa (2016), mostra como as políticas de saúde no Brasil passaram a ser marcadas pela “nova gestão” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 1999), sobretudo a partir do início dos anos 2000, expressando-se, por exemplo, em diretrizes de humanização do cuidado e em diretrizes para “gerir” aspectos socioemocionais do trabalho em saúde. Isso surgiria como expressão de um conjunto de ideais dando novo sentido ao trabalho e ao engajamento no capitalismo.

11 O autor, inclusive, pensa a noção foucaultiana de biopoder nessa chave, para além da gestão da população.

posso me frustrar porque chegou o fim; o limite da onde eu ir. Eu tenho que começar de novo, né? É assim que eu tô lidando agora, depois que eu aprendi, né? [risos]. Agora eu já sei como que é. A gente pode vir só até aqui. Passar disso, cai. Então, eu aprendi. (...) Né? Tem que passar pra aprender, né? É aprender na raça, como se diz.

Apesar da importância, constatada por meio do trabalho de campo e das entrevistas, de vivenciar e de aprender com as próprias experiências, há nas falas das cuidadoras o reconhecimento da importância do trabalho em equipe para ajudar a **ressignificar** as experiências de morte dos idosos atendidos. A resignificação, fruto desse trabalho afetivo, tem como resultados tanto a diminuição do sofrimento quanto a possibilidade de continuidade do trabalho:

Cuidadora 6: E morre porque chegou a hora, mas pra nós é sofrimento. Só que a gente tem, às vezes, um cuidado, né? Em equipe eles veem pra ensinar você a aceitar a perda deles [idosos]. Porque a gente não pode misturar, mas quem tem coração mistura um pouquinho. Não tem jeito, não tem jeito. Então, a gente sente muito a morte de cada um. Tinha uma que morreu faz pouco tempo, eu fiquei com ela oito anos. (...) Eu me controlei emocionalmente, mas ainda hoje eu sinto a falta dela. Era uma japonesa de 85 anos. (...) Então, não tem como eu falar pra você: “Morreu, ah é mais uma que foi e tá bom, já viveu muito”. Não tem como. Você sente assim um pouco, sim, dói um pouquinho. Você se controla emocionalmente pra não chorar, né? Mas, assim, eu sinto muito. Mas eu consigo não misturar as coisas. Mas a gente sente a falta deles.

Pesquisadora: Mas como faz pra continuar o trabalho? Não querer parar, não querer só ficar triste. Como é que você faz?

Cuidadora 6: O que eu faço: eu tento desencanar do pensamento. Aí, eu chego aqui na minha equipe [e] tem todo aquele apoio, né? Porque, quando se vai um, a gente sabe que todas sentem. Então, a gente começa a apoiar, começa a falar: “ó, se foi, chegou a hora, não tinha como viver mais, ela já tava com noventa anos – né, que tem muitos de noventa e oitenta e cinco anos, até cem – e vai entrar outra maravilhosa igual a ela”. (...) No comecinho do Programa, eu chorava bastante. Aí, teve uma psicóloga que veio ajudar a gente a saber aceitar a perda e isso me ajudou muito. Hoje eu não choro mais. Assim, eu choro um pouquinho por dentro, mas eu consigo desencanar porque tem outras idosas maravilhosas também. Aí, você vai se apegar mais àquelas ali que já tá com a gente, né? A outra já foi, não volta mais. Mas, assim, se falar que não tem sentimento, é mentira, a gente sente. Mas, assim, que não atrapalha a minha vida na minha casa, com o meu filho, com o meu marido, isso não envolve. Eu não levo o problema daqui pra minha casa, disso eu tenho certeza. Saí daqui, eu deixei tudo aqui. Lá eu sou outra, eu sou eu.

Parte do trabalho afetivo, então, envolve certa colocação “em comum” das experiências de contato com a morte e dos sentimentos despertados como efeito, significando uma possível dessingularização da situação em que se vivenciou o falecimento de alguém e uma atenuação do sofrimento subsequente. Parte da variação entre as “moralizações” também dialoga com o afeto despertado e com a possibilidade de sua resignificação – como acontece no caso do trabalho de alguns grupos de apoio, por exemplo (TALONE, 2020). Busca-se fazer com que as profissionais aprendam a redirecionar sensações “negativas”, canalizando a energia na formação

de um objeto: a motivação para seguir na carreira, aceitando cuidar de outros idosos. Há um reengajamento em um projeto de si mesmo em reconexão com o futuro (TALONE, 2020). A força dessa passagem se dá pela dessingularização do sofrimento e da dor (POLLAK, 1990; BOLTANSKI, 2000; TALONE, 2020), mas no sentido não de dilatá-los como “mais uma história dentre outras”, e sim no de partilhá-los – tensionando uma moralização sobre a morte vivenciada – e de possibilitar a continuidade da vida pessoal e profissional.

Vejamos outro relato:

Cuidadora 7: Logo que eu entrei faleceu vários idosos. **Aí**, depois foi dando uma acalmadazinha. Agora deu uma acalmada. Mas faleceu acho que uns 5 meu já. Desde o ano passado. Mas faz parte. (...) E a gente tem as capacitações também, **né, que prepara a gente pra esses momentos. E já teve até duas sobre finitude e morte, duas capacitações. Ajuda bastante a superar. Eu já tinha esse negócio de morte. Eu tive um irmão que faleceu com 33 anos de AIDS. Igual quando ele tava vivo, ele tava sofrendo. Lá do Rio de Janeiro.** Ele tava num hospital lá. Eu só chorei uma vez. Assim, chorar mesmo. Que foi quando ele... Eu fui lá e ele passou mal, teve que pôr oxigênio. **Aí**, eu chorei muito quando eu cheguei aqui em São Paulo. Mas quando ele morreu, não. Eu achei que uma situação... Certas situações é melhor a pessoa partir.

Pesquisadora: Do que ficar sofrendo?

Cuidadora 7: É.

Uma outra acompanhante comenta sobre as palestras que a equipe promove mensalmente abordando assuntos relacionados ao trabalho de cuidado.

Pesquisadora: E você consegue utilizar no seu dia a dia isso que você aprende?

Cuidadora 8: Ah, sim. Principalmente a perda, né? Porque você conhece uma pessoa e, assim, de repente (...) ela falece, **né?** Então, você tá acostumada a ir visitar toda semana, você já sabe o hábito mais ou menos da pessoa. E, **aí**, você do nada, você recebe uma ligação: “Olha, fulana faleceu”, né? Então, **aí**, a gente tem que entender que ali foi o momento dela, **né?** Porque no começo a gente chorava muito. Eu mesmo chorava muito com a perda, **né?** Falava: “Nossa, mas, a pessoa assim foi, tão boa que ela era... **né e não sei o quê**”. E, **aí**, você vai entendendo, **né?** Porque uma pessoa de 90 anos, **né, ela já cumpriu o tempo dela aqui.**

Como pode ser observado, certas reações/emoções são previstas pelas equipes dessa política pública, orientando formas de “como sentir” para as cuidadoras, que modelam suas sensações ou não de acordo com as partilhas possibilitadas no cotidiano de seus trabalhos. A própria qualificação da morte como “justa”, “injusta”, “boa”, “precoce” etc., dialoga com o âmbito afetivo, sua (des)singularização e sua possível resignificação.

Quéré (2018) indica que educar emoções e afetos é aprender a redirecionar impulsos “não organizados”, canalizando a energia na formação de um objeto, conferindo-lhe forma, organização, bloqueando sua descarga imediata; por exemplo, transformando-se o sofrimento de

ter perdido alguém sob seu cuidado ou um sentimento difuso de “falta de propósito” em energia para seguir atendendo outros idosos. Inspirado em John Dewey, o autor afirma que emoções podem ser educadas por serem hábitos formados em um ambiente social. As elaborações pessoais a respeito das experiências profissionais (que vão se multiplicando ao longo do tempo) somam-se aos treinamentos frequentados: assim, as cuidadoras conseguem “reinterpretar” certas situações e modificar a forma como se sentem em relação a elas<sup>12</sup>. Elas “enviesam” formas de sentir antes “negativas” (por exemplo: incapacitantes, doloridas) em “forças” para prosseguirem a vida – formas “positivas” de se sentir, ou seja, construtivas, estimulantes etc.<sup>13</sup>

### Considerações finais

Buscamos mostrar com a relação com a morte na profissão das cuidadoras inseridas em uma política pública varia de acordo com a “moralização” de um dado falecimento. A partir do trabalho de campo, pensamos a moral a partir dos quadros plurais de referência a que as profissionais relacionam referências sobre o “bem”, suas ações e o falecimento do idoso. As qualificações da morte como “justa”, “injusta” e “natural”, por exemplo, refletem “gramáticas” distintas de conceber o bem e o estabelecimento de normalidades nelas baseadas (WERNECK, 2012b). Por fim, esse processo também dialoga com a forma com tais cuidadoras se sentem em relação aos idosos sob seus cuidados e à morte deles. Uma maior sensação de tristeza ou de apatia, por exemplo, muitas vezes dialoga com a interpretação de que as causas (principais) da morte não foram “naturais” ou de que algo podia ter sido feito. O âmbito afetivo é trabalhado pelo programa – e entre as próprias cuidadoras, compartilhando suas experiências – justamente para possibilitar reinterpretações e compreensões distintas a respeito do falecimento vivenciado, visando a possibilitar a continuidade da vida pessoal e profissional das cuidadoras de idosos.

### Referências

- AHMED, Sara. Affective Economies. *Social Text*, v. 22, n. 2, p. 17-39, 2004.
- ARAUJO, Anna Bárbara. Gênero, reciprocidade e mercado no cuidado de idosos. *Estudos Feministas*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. e45553, 2019a.
- ARAUJO, Anna Bárbara. **Políticas sociais, emoções e desigualdades**: enredando o trabalho de cuidado de idosos em uma política pública municipal. 2019. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019b.

---

12 Talone (2020) mostra como isso é muitas vezes o objetivo de **grupos de apoio** assistindo a vítimas de “violência”, buscando tal “transformação” dos afetos/das emoções por rodas de conversas, atividades de engajamento no próprio grupo e atendimentos com psicólogos.

13 Nesse texto, apenas buscamos descrever o “trabalho afetivo” realizado e os mecanismos de resignificação do âmbito das sensações/emoções visando a tornar a comunidade da vida pessoal e profissional possível. Não nos detemos sobre o caráter problemático das ações de gerenciamento dos afetos, especialmente no trabalho.

- ARIES, Philippe. **O homem perante a morte**. Mem Martins: Publicações Europa-América: LDA, 2000.
- BARTHES, Yannick *et al.* Sociologia pragmática: guia do usuário. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 41, p. 84-129, 2016.
- BOLTANSKI, Luc. **El amor y la justicia como competencias**: Tres ensayos de sociología de la acción. Madrid: Amorrortu, 2000.
- BOLTANSKI, Luc. **Distant Suffering**. Morality, Media and Politics. Cambridge (UK): University Press, 2004.
- BOLTANSKI, Luc. **De la critique**: précis de sociologie de l'émancipation. Paris: Gallimard, 2009.
- BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha. La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral. **Trabajo y Sociedad**, n. 19, p. 321-344, 2012.
- COLLINS, Randall. **Interaction Ritual Chains**. Princeton & Oxford: Princeton University Press, 2004.
- CORÔA, Roberta. Acumulação flexível e paradigma gerencial: os impactos na qualificação dos técnicos de enfermagem nos anos 2000. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 155-174, 2016
- DAVIES, Douglas J. **A Brief History of Death**. Malden (EUA): Blackwell publishing, 2005.
- DELEUZE, Gilles. **Espinosa e o Problema da Expressão**. São Paulo: Editora 34, 2017.
- DEWEY, John. The Reflex Arc Concept in Psychology. **The Psychological Review**, v. 3, n. 4, p. 357-370, 1896.
- DEWEY, John. O desenvolvimento do pragmatismo americano. **Scientiæ Studia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 227-43, 2007.
- ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador, Vol. I**. Uma História dos Costumes. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**, seguido de "Envelhecer e morrer". Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- GARRISON, Jim. Dewey's Theory of Emotions: The Unity of Thought and Emotion in Naturalistic Functional 'Co-Ordination' of Behavior. **Transactions of the Charles S. Peirce Society**, v. 39, n. 3, p. 405-443, 2003.
- GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. Temporal Aspects of Dying as a Non-Scheduled Status Passage. **American Journal of Sociology**, v. 71, n. 1, p. 48-59, 1965.
- HARDT, Michael. Affective labor. **Boundary 2**, v. 26, n. 2, p. 89-100, 1999.
- HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- JAMES, William. **The Principles of Psychology, Vol. II**. London: MacMillan and co, ltd, 1890a.
- JAMES, William. **The Principles of Psychology, Vol. I**. London: MacMillan and co, ltd, 1890b.
- JAMES, William. **Pragmatism: A New Name for Some Old Ways of Thinking**. Cambridge (EUA): Harvard University, 1907.
- JAMES, William. O que é uma emoção? **Clínica & Cultura**, Aracajú, v. 2, n. 1, p. 95-113, 2013.
- KEARL, Michael C. **Endings**. A Sociology of Death and Dying. New York: Oxford University Press, 1989.
- LIVNE, Roi. Economies of Dying: The Moralization of Economic Scarcity in U.S. Hospice Care. **American Sociological Review**, v. 79, n. 5, p. 888-911, 2014.
- MISSE, Michel. **Malandros, marginais e vagabundos**: A acumulação social da violência no Rio de Janeiro. 1999. 465 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.
- PEIRCE, Charles S. The Fixation of Belief. **Popular Science Monthly**, v. 12, p. 1-15, 1877.
- PEIRCE, Charles S. **The Essential Peirce, Vol. 2**. Indianapolis: Indiana University Press, 1998.
- POLLAK, Michael. **L'expérience concentracinaire**: Essai sur le maintien de l'identité sociale. Paris: Métailié, 1990.
- QUÉRÉ, Louis. L'émotion comme facteur de complétude et d'unité dans l'expérience. La théorie de l'émotion de John Dewey. **PRAGMATA**, v. 1, p. 10-59, 2018.
- RODRIGUEZ, Jason. Attributions of agency and the construction of moral order: Dementia, death, and dignity in nursing-home care. **Social psychology quarterly**, v. 72, n. 2, p. 165-179, 2009.

- ROSALDO, Renato. Introduction: Grief and a Headhunter's Rage. *In*: ROSALDO, Renato. **Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis**. Boston: Beacon Press; London: Taylor & Francis, 1993. p 1-21.
- SCHÜTZ, Alfred. On Multiple Realities. **Philosophy and Phenomenological Research**, v. 5, n. 4, p. 533-576, 1945.
- SEIGWORTH, Gregory; GREGG, Melissa. **The Affect Theory Reader**. Durham: Duke University Press, 2010.
- STEINBOCK, Anthony. Spirit and Generativity: The Role and Contribution of the Phenomenologist in Hegel and Husserl. *In*: DEPRAZ, Natalie; ZAHAVI, Dan (ed.). **Alterity and facticity**. New Perspectives on Husserl. Berlin: Springer Science & Business Media: B.V., 1998. p. 163-204.
- TALONE, Vittorio. A memória actancial: As consequências de situações de ferimento, tensão e morte. *In*: CANTU, Rodrigo *et al.* (ed.). **Sociologia, crítica e pragmatismo: Diálogos entre França e Brasil**. Campinas: Pontes, 2019. p. 387-412.
- TALONE, Vittorio. **A força da memória: lembranças de situações de ferimento, tensão e morte**. 2020. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- THOMAS, William I. **The Unadjusted Girl: With Cases and Standpoint for Behaviour Analysis**. Monclair (EUA): Patterson Smith, 1923.
- VANDENBERGHE, Frédéric. Ser ou não ser afetado. **Blog do sociofilo: Blog de teoria social, filosofia & ciências sociais**, 2017. Disponível em: <https://blogdosociofilo.com/2017/11/02/debate-ser-ou-nao-ser-afetado-por-frederic-vandenberghe/>. Acesso em: 16 ago. 2019.
- WAGNER, Helmut R. Introdução: A abordagem fenomenológica da Sociologia. *In*: SCHÜTZ, Alfred. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis (Rio de Janeiro): Vozes, 2012. p. 5-54.
- WEBER, Max. A “objetividade” do conhecimento na ciência social e na ciência política. *In*: WEBER, Max. **Metodologia das ciências sociais, parte I**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 107-154.
- WERNECK, Alexandre. A contribuição de uma abordagem pragmatista da moral para a sociologia do conflito. *In*: MISSE, Michel; WERNECK, Alexandre (org.). **Conflitos de (grande) interesse: Estudos sobre crimes, violências e outras disputas conflituosas**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012<sup>a</sup>. p. 337-354.
- WERNECK, Alexandre. **A desculpa: As circunstâncias e a moral das relações sociais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012b.
- WRIGHT MILLS, Charles. Situated Actions and vocabularies of motive. **American Sociological Review**, v. 5, n. 6, p. 904-913, 1940.

Recebido em: 24/06/2021

Aceito em: 17/03/2022