

DA PATOLOGIZAÇÃO DO LUTO AO RESGATE DA SUBJETIVIDADE: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

Leilane Caroline Pereira da Silva¹

Valcrézio de Araújo Revorêdo²

Erick Leonardo Pereira³

RESUMO

O tema que é horizonte deste trabalho tem origem. Nas questões que atravessam a experiência do luto na contemporaneidade e as estratégias de cuidado, com foco na medicalização, retirando a dimensão subjetiva oferecida aqueles que encontram-se enlutados. A escuta clínica passa a ser resumido ao tratamento farmacológico, esquecendo assim, o olhar clínico e a subjetividade do ser. A aproximação e o olhar clínico das pessoas enlutadas passaram a atender as imposições do DSM-5 e o CID-10, servindo de referencia para classificar o indivíduo em uma das muitas especificidades diagnósticas no que se refere à doença mental e os transtornos. O tema é de genuína relevância por ter partido, também, de nossa própria sensibilidade de observação, de que, os que sofrem com um luto complicado, demandem muito mais de espaços de escuta do que apenas atender a uma classificação do DSM-V e aos interesses da indústria farmacêutica. O objetivo do presente trabalho foi o de compreender o sofrimento da pessoa enlutada através da psicanálise. Quanto aos resultados, o estudo abriu campo para compreender o sofrimento de pessoas que tiveram perdas por morte e que não concluíram o luto, Freud (1917). Sendo assim, este trabalho apresenta o resultado de uma revisão e observação literária a cerca da patologização e ao resgate da subjetividade do luto tendo como base a teoria psicanalítica.

¹ Acadêmico do curso de Psicologia do Centro de Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. Natal-RN. E-mail: leilane-caroline@hotmail.com

² Acadêmico do curso de Psicologia do Centro de Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. Natal-RN. E-mail: valrevoredo@hotmail.com

³ Professor Orientador do curso de Psicologia do Centro de Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. Natal-RN. E-mail: erickpsicanalise@gmail.com

Palavras-chave: Luto. Patologização. Psicanálise. Subjetividade.

ABSTRACT

The theme of this work stems from the authors' perception in the academic period of the observance of the disciplines taught, as well as the detection of which was felt by them, that psychiatry and some approaches in the area of psychology deal with the consequences of mourning in the Subject merely symptomatic and not subjective and singular. Clinical listening is now summarized to pharmacological treatment, thus forgetting the clinical view and the subjectivity of being. The approach and the clinical view of the bereaved persons were in compliance with the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) requirements, serving as reference to classify the individual into one of the Many diagnostic specificities with regard to mental illness and disorders. The theme is of genuine relevance because it also departs from our own sensitivity of observation that those who suffer with complicated mourning require much more listening space than just meeting a DSM-V classification and Interests of the pharmaceutical industry. The objective of the present work was to understand the suffering of the bereaved person through the literary revision. Regarding the results, the study opened the field to understand the suffering of people who had lost by death and who did not complete mourning, Freud (1917). Thus, this work presents the result of a review and literary observation about the pathologization and the rescue of the subjectivity of mourning based on psychoanalytic theory.

Keywords: Mourning. Pathologization. Psychoanalysis. Subjectivity.

1 INTRODUÇÃO

Compreende-se na contemporaneidade, a patologização como ato ou consequência de transformar em doenças as experiências subjetivas e a padronização destas em diagnósticos. Neste cenário o luto tornou-se uma vivência abarcada pelos discursos e práticas de patologização. A compreensão do tema luto,

sempre gera discussões a cerca dos diferentes significados e vivências que a falta do objeto perdido trás para cada sujeito.

No decorrer da vida, é comum passar por situações onde pode haver um desequilíbrio emocional diante das perdas. Seja o corpo mudando pela ação do envelhecimento, sejam as amizades que conquistamos e os amigos que se vão, as relações amorosas que terminam repentinamente, um novo emprego e até uma mudança de cidade.

Tais situações, e de acordo com a estrutura psicológica do indivíduo, há uma igualdade de sintomas de real representação que se faz necessário uma posição reflexiva, e a tentativa de se reorganizar psiquicamente diante da experiência que convoca a elaborar suas representações que o organizam e o situam no mundo. Partimos da compreensão de que o luto não se limita apenas à morte, mas ao enfrentamento das sucessivas perdas reais e simbólicas durante o desenvolvimento humano.

Esta pesquisa aborda as conceituações a cerca do luto, em autores clássicos como Elisabeth Kubler-Ross, Colin Murray Parkes, Sonia Leite e nas teorizações psicanalíticas em Freud e seus comentadores sobre o luto e a melancolia, tendo em vista compreender às nuances singulares do sujeito que tem através desta experiência, todas as dificuldades encontradas por quem mergulha nesse mundo da dor de uma perda.

Busca-se uma compreensão do que pode ser o luto normal e o patológico, quanto tempo se estima que o luto deva durar para ser considerado normal, quais as consequências para o sujeito que sofre e permanece por tempo prolongado sentindo a perda do seu objeto e, por fim, o que está verdadeira e cientificamente por trás desse processo que tende, em sua maioria, ser tão doloroso.

De acordo com Freud (1917/1996) o luto é entendido como uma constelação de reações psíquicas, conscientes e inconscientes, havendo uma perda da libido antes investida no objeto amado, porém a perturbação da autoestima esta ausente.

O trabalho de luto é entendido por Freud (1920/1996) como sendo normal e passageiro, posicionando-se contrariamente à ideia de que seja uma condição patológica que deva ser submetida a tratamento médico, contrariando o que está descrito no DSM V⁴, quando o sofrimento ultrapassa duas semanas. A partir dessa

⁴ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

compreensão o autor entende que qualquer interferência no período necessário ao qual o luto requer, para que o sujeito se organize psiquicamente, pode ser inútil ou mesmo prejudicial.

Sendo assim, emergiu a seguinte questão: Quais são as contribuições da psicanálise na escuta clínica de sujeitos que enfrentam o processo de luto? A qual possibilitou a construção do objetivo geral: Analisar o processo de patologização do luto, baseando-se pelos fundamentos psicanalíticos na contemporaneidade. Pretende-se com as considerações sobre o fenômeno, à luz da psicanálise, convocar seus possíveis leitores, para uma escuta ética do sofrimento psíquico que floresce nos processos de luto.

Dessa maneira, para atingir o objetivo geral supracitado, é indicado como objetivos específicos da pesquisa:

- a) Refletir o processo de patologização do luto na contemporaneidade;
- b) Compreender o conceito de luto e melancolia nas teorias freudianas e seus comentadores contemporâneos;
- c) Discutir as implicações da teoria psicanalítica sobre o luto e suas implicações na escuta clínica.

Um tema que vem se tornando cada vez mais árduo à maior parte da civilização humana, claramente convoca a psicologia e a psicanálise em seu âmbito conceitual e prático para pensar e intervir junto às pessoas que padecem isoladas durante anos em seu sofrimento. Nesse sentido, que a ética da psicanálise propõe o manejo singular, oferecendo o acolhimento à dor aguda proveniente da perda, e ainda ressaltar que essa dor poderá acompanhar o sujeito por tempo indeterminado.

A seguir se descreve a metodologia para o andamento exitoso da pesquisa.

1.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Segundo Vergara (2004, p.12) “Método é um caminho, uma forma, lógica de pensamento”, onde a pesquisa se configura nos objetivos quanto aos fins como explicativa, “a investigação explicativa tem como principal objetivo tornar algo inteligível, justificar-lhe os motivos. Visa, portanto, esclarecer quais fatores contribuem de alguma forma, para a ocorrência de determinado fenômeno”. (VERGARA 2004, p.47)

No que se refere ao tipo de pesquisa, desenvolveu-se em qualitativa, ou seja, não contem resultados numéricos. Confirma Kauark, Manhães e Medeiros (2010, p. 25):

Pesquisa Qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Quanto ao meio de procedimento técnico para garantir a objetividade e a precisão do estudo, foi utilizado à coleta de informações de Levantamento ou Revisão de Literatura. Segundo Sampieri, Colado e Lucio (*apud* KAUARK, MANHÃES e MEDEIROS, 2010, p.47):

O Levantamento de Literatura é a localização e obtenção de documentos para avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa. Este levantamento é realizado junto às bibliotecas ou serviços de informações existentes. Sampieri, Colado e Lucio (2006) enfatizam esta etapa do trabalho científico como sendo o marco teórico, a construção de uma perspectiva teórica.

Para alguns autores, a revisão ou levantamento de literatura caracteriza-se como pesquisa Bibliográfica. Segundo Gil (2002, p.44)

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituindo principalmente de livros e artigos científico. Principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômeno muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Não abrange o método desta pesquisa, trabalhar com análise de casos clínicos e de entrevistas, muito embora essa fosse uma possibilidade para alcançar o objetivo proposto.

A busca foi realizada na base de dados em canais abertos acadêmicos PubMed, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), American Psychological Association (PSYCINFO), dentre outros sites, com a utilização dos descritores: luto, perda, angústia, morte, subjetividade, psicanálise, patologização, DSM V e os transtornos

mentais. A partir disso foram selecionados artigos publicados de acordo com a afinidade dos trabalhos encontrados com o tema e objetivos do presente trabalho.

Em segundo momento foram escolhidas obras clássicas de Freud (1894/1980), (1915/1997), (1917/1974), o livro *Angústia* de Leite (2011), Livro *Luto* estudos sobre a perda na vida adulta de Parkes (1998), Livro *Sobre a morte e o morrer* de Kubler-Ross (1969/2016).

Como também foi consultado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), nos permitiu o estudo do luto em seu estado normal ou patológico, levantamento de acervos em bibliotecas e trechos de poemas.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 DA PATOLOGIZAÇÃO DO LUTO AO RESGATE DA SUBJETIVIDADE

Uma vez que o progresso do conhecimento psicológico depende do desenvolvimento de teorias confiáveis para medir os fenômenos psicológicos, passemos então a observar definições importantes ao processo de perda.

2.1.1 LUTO

Não muito diferente das galinhas, eu disse.
É essa gota protoplasmática. Você, porém
Chorou sabendo ser absurdo tudo isso.
E soube que eu chorei também

Eu precisei dizer algo. E era
Tão pouco o que havia a ser dito.
Que a vida já antes no ventre estivera
E tinha-se ido?

É a nossa vida. Porém, os que morreram
Ao serem lembrados tornam-se irreais
Como recordar os que não nasceram?
O tempo cura tudo, mas

Hoje, não posso trazer conforto. Ao descer
Reafirma o doutor: “Caso sem complicação
Mas é obvio que um pouco ela vai sofrer.”
E você ganhou um vazio na sua expressão.

David Sutton, “Not to be born”

O sentimento de perda é uma sensação que, inegavelmente todos experimentarão. Por essa comisseração surgir, geralmente com certa surpresa, as possibilidades das perdas não costuma está na consciência do ser humano. Sendo assim, é mais comum, geralmente, que as pessoas não estejam preparadas para enfrentar uma perda.

Sobre este aspecto, Parkes faz importantes considerações sobre os efeitos do luto para cada sujeito.

Aqueles pelos quais se preocupam com os efeitos do luto têm de levar em consideração os muitos fatores possíveis quando tentam explicar as diferenças entre as respostas das pessoas a esse acontecimento. Reafirma ainda, que o pesar do luto pode ser forte ou fraco, breve ou prolongado, imediato ou adiado. E, seus aspectos particulares, podem ser distorcidos e os sintomas que geralmente causam poucos problemas tornam-se grandes fontes de sofrimento. (PARKES, 1998, p. 145)

Portanto, é comum nos seres humanos o surgimento da angústia após uma eventual perda, seja ela por quais motivos forem, onde as reações se intensificam quando a perda está relacionada a alguém a quem amamos, mas esse é um assunto que será abordado mais adiante.

O autor supracitado afirma que ao investigar o luto, pode-se constatar que ele não vem atrelado a apenas um sentimento, mas a vários outros que são bem característicos e que demandam certo tempo para se estabilizar, onde irá depender de cada individuo, e que embora as pessoas sejam diferentes entre si, a ordenação em que estes sentimentos surgem durante o luto é extremamente similar, observando que o entristecimento é o sentimento mais experimentado, principalmente após a morte de alguém querido.

Não se pode deixar de lado o luto que também atinge uma categoria dos seres humanos que são tão afetados quanto os adultos: as crianças. Mesmo elas não podendo compreender o significado do que venha a ser a morte antes dos três ou quatro anos, é inevitável sentirem a perda de parentes próximos assim como os adultos também sentem, e demonstram através do choro e da angústia sentida Bowlby (1993). É certo que, em crianças, um pouco diferente do que acontece com os adultos, as etapas do luto podem ter um curso mais rápido.

Ainda mencionando Bowlby (1993), a partir de dezesseis meses de idade, aproximadamente, o sujeito teria mais recursos cognitivos e emocionais para elaborar o luto como o adulto. No entanto, considera-se arriscado comparar esse incremento de recursos emocionais da criança dessa idade com a capacidade elaborativa do adulto, uma vez que o psiquismo da criança está em formação.

Na movimentação contínua da vida, os seres humanos enfrentam e passam por muitas mudanças. Chegar, partir, crescer, decrescer, conquistar, fracassar etc., e quaisquer que sejam as mudanças envolvem perdas e ganhos. Mesmo quando o luto é por morte não é unicamente um estresse, como pode parecer à primeira vista. Em todo e qualquer luto, dificilmente fica claro com justeza o que foi perdido.

Segundo Parkes (1998), à medida que o tempo passa, se tudo ocorrer bem, a intensidade da saudade diminui e a dor e o prazer da lembrança são sentidos como uma mistura “agridoce” de emoções, uma forma de nostalgia, e nesse momento os dois sentimentos são experimentados quase que simultaneamente. Para o autor outra forma de amenizar a dor do luto é evitar pensar na pessoa perdida, e também pessoas e situações que tenham o poder de provocar essas lembranças, e pensar sobre a perda pode ser evitado tendo a vida preenchida por atividades.

2.1.2 ANGÚSTIA

A angústia vem do latim – *angor*, que quer dizer ‘angustara, estreitamento, apertamento’. Desde seus primeiros trabalhos Freud (1894/1980) vinha se preocupando com a questão da angústia. “Como se origina a angustia? Tudo o que sei a respeito é o seguinte: logo se tornou claro que a angústia de meus pacientes neuróticos tinha muito a ver com a sexualidade.” Tais afirmações que irão se aprofundando de acordo com os textos pré-psicanalíticos, onde está noção vai se

reestruturando ao longo da obra freudiana, principalmente em inibição, sintomas e angústia.

De acordo com Leite (2011), angustia, é um tema recorrente nas reflexões que oferecem seu aporte através de alguns filósofos e suas obras.

A autora comenta o filósofo Sêneca (4 a.c-65 d.c.), destacando que para o mesmo a angustia não possui apenas um sintoma, ela atormenta os sujeitos que possuem variação de humor, os que viram e reviram na cama e não conseguem dormir, entre outros. Porém, Sêneca ratifica, que a angustia possui uma característica singular que é a do descontentamento do sujeito com ele próprio. Também trás a reflexão de que, a angústia na área da religião, mas propriamente no cristianismo, é tratada como um mal a ser combatido e que somente através da fé em Deus e da oração, o homem poderá ser liberto desse “mal”.

O livro ainda acrescenta que no advento da Idade Moderna e de diversas transformações trazidas por ela, como o surgimento da percepção do ser individualista, no qual surge uma corrente filosófica denominada Existencialismo, que trouxera a contribuição de alguns filósofos. O primeiro a destacar-se foi Soren Kierkegaard, aonde vem afirmar que a angústia viria acompanhada do desespero, e sendo esse, um momento crucial que leva o homem a uma tarefa que lhe exige fazer escolhas. Quando se dá à perda do objeto amado, o homem se vê pressionado a fazer escolhas e esse momento torna-se geralmente bastante angustiante.

Para o filósofo, angustiar-se põe o homem diante da experiência da possibilidade das possibilidades, onde, em um momento de luto o sujeito se depara com angústia das escolhas e com um abismo a sua frente, angustiando-se por não ter a certeza entre o bem e o mal e desejar o encontro com o divido. Para Kierkegaard, não haveria uma cura para a angústia, pois esta seria o encontro com o que de mais real existe no ser humano, aquilo que é a falta ultima, o não haver sentido em nada.

Leite (2011), também enfatiza a importância do filósofo alemão Martin Heidegger, onde caracteriza a angústia como sendo o fato do objeto ameaçador não possuir um lugar fixo, estando dentro de cada ser. Afirma também, que o individuo que surge com palavras desconecta, está na verdade, tentando romper o silêncio, porém o que conseguiu demonstrar é o seu nada interior, o desnorteamento. Heidegger afirma também que o ser humano articula formas de ir de contra essa

angústia, utilizando elementos ao seu redor. Contudo, quando ele toma para si o fato de que a vida é subordinada a morte, este ser passaria a ter, a partir daí, sua autenticidade existencial.

Para os filósofos existencialistas, a angústia ocupa a posição central na vida humana e que o homem passa por esse processo com plena consciência, fugindo, enfrentando e buscando possibilidades. E nesse contexto está a principal contribuição da filosofia para o tema da angústia, ao colocar em destaque a humanidade desse afeto, isto é, sua relação visceral com a realidade do homem.

A meditação do pensamento filosófico é de grande relevância para o estudo do tema proposto, ainda que ajam divergências da abordagem psicanalítica, tendo em vista que a filosofia é uma importante forma de saber que universaliza as questões humanas, e que Freud não descartou nenhuma teoria na produção de suas pesquisas e observações.

Na visão da medicina contemporânea, a angústia é muitas vezes divulgada como estresse, síndrome do pânico, entre outras nomenclaturas, e escondem verdadeiramente o real estado do sujeito. A angústia existe no ser humano desde a antiguidade, e com o advento da clínica na Idade Moderna começou a haver explicações, como também soluções para os inúmeros males da humanidade, inclusive a angustia.

Consoante o filósofo Michel Foucault (1977/1998), em sua obra: O nascimento da clínica, afirma que a ciência, em cada época e cultura, cria seu próprio modo de ver a doença e o adoecer humano. Assegura que todos os saberes possuem sua relevância e que nenhum deles pode ser considerado menor que o saber científico.

2.1.3 O LUGAR DA ANGUSTIA NO CID-10 E NO DSM-V

É imprescindível fazer um retrospecto na história da medicina, para se entender como eram as atuações médicas na saúde mental e as práticas medicamentosas usadas com os doentes mentais.

Entre os anos de 1950 e 1960, a forma utilizada para tratar os pacientes com transtornos de saúde mental era basicamente através do uso dos antipsicóticos e dos ansiolíticos, e estes, tomavam conta da cena social.

A partir da década de 1980, várias outras nomenclaturas passam a fazer parte do rol determinado pela medicina, como a depressão, bulimia, transtorno de ansiedade e os distúrbios obsessivos compulsivos.

Ocorre então o chamado dinamismo farmacêutico, mencionado por Lacan (1966), onde há um declínio da clínica psiquiátrica e o que vem a passar existir é a troca de um sintoma por um fármaco.

No texto, Pequeno discurso aos psiquiatras, Jacques Lacan assinala o declínio da clínica psiquiátrica que é absorvida pela medicina, na medida em que esta entra inteiramente no dinamismo farmacêutico:

A psiquiatria entra na medicina geral na mesma base em que a medicina geral entra completamente no dinamismo farmacêutico. Evidentemente, produzem-se aí novas coisas: obnubila-se, tempera-se, interfere-se ou modifica-se. Mas, não se sabe bem o que se modifica, nem até onde irão essas modificações; (...). (LACAN, 1967, p.4).

No conteúdo do livro: O lugar da psicanálise na medicina, (1966/2001), Lacan afirma que a autoridade do médico declina em função das transformações trazidas pelos avanços da ciência; ele se torna um especialista entre muitos e é convocado a responder como um agente distribuidor.

Atualmente o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) e o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças), servem de referencia para classificar o individuo em uma das muitas especificidades diagnosticas no que se refere à doença mental e os transtornos.

Na CID-10 a classificação que havia no antigo CID-9, de neurose de angustia, desaparecera para dar lugar a dois novos itens: o transtorno de pânico e o transtorno de ansiedade generalizada.

No DSM-5, publicado em 2013, o luto se mantém como diagnóstico diferencial do Episódio Depressivo Maior, porém com duração normal de doze meses. Além desta distinção, observa-se nesta edição do Manual a formulação do Transtorno do Luto Complexo Persistente, inserido no tópico “Condições para estudos posteriores”. O Manual propõe o conceito de luto patológico, que se distingue do luto normal pelo tempo de vivência: o patológico persiste, com severidade, para além dos 12 meses que sucedem o falecimento.

Todas essas alterações se faz concluir que o modo operacional de atuação psiquiátrica predominante na atualidade é de certa forma, rotulado, pois o individuo é

classificado por uma descrição estabelecida no CID-10 e no DSM-5 e não mais a partir de um fundamento com base na experiência clínica.

2.1.4 PATOLOGIZAÇÃO DO LUTO E SUBJETIVIDADE

Desde 1917, Freud vem abordando a importância da investigação acerca do luto, entretanto esta temática tem sido pouco abordada. O luto distingue-se, afinal, por ser uma resposta normal para um estresse que, embora fortuito na vida de cada um de nós, ora vivido pela maioria, mais cedo ou mais tarde, sem que seja considerada uma doença. Mas o luto poderia ser uma doença mental ou uma patologia?

Aos olhos de uma grande quantidade de pessoas, a doença mental é avaliada como loucura, uma fragilidade mental que leva as pessoas a desabar, perder o controle sobre seu comportamento e tornar-se incapaz de agir racionalmente. Porém, o luto não se caracteriza por esse tipo de doença mental e certamente não é possível considerá-lo como qualquer outra doença mental muito menos permitir que os imperitos olhassem os enlutados como “doidos”, e submetê-los ao estigma social que resulta desse preconceito. Sendo assim, se o luto vai ser vivido pela maioria de nós, mais cedo ou mais tarde, é importante retirar o viés patologizante da experiência do luto, Parkes (1998).

Bowlby (1960/1993) define pesar como a aflição experimentada pela pessoa que perde um ente significativo e a sequência de estados subjetivos que acompanham o enlutamento. O luto é considerado o trabalho psíquico de elaboração dessa perda.

Parkes (1998), ao comparar viúvas “normais” e viúvas com alterações psiquiátricas em decorrência de processo de luto, constatou que os sintomas experienciados pelos dois grupos não diferiam, exceto pela ideia de culpa, mais frequente no “grupo psiquiátrico”. Contudo, a intensidade e duração dos sintomas apresentava uma distinção: no grupo psiquiátrico, mais prolongada a permanência de sintomas.

Conforme Parkes (1998), o adiamento do início do luto por um período superior a duas semanas pode ser indicador de um curso patológico do luto. As pesquisas desse autor tornaram-se referência em torno da conduta psicológica de enlutados. Ele considera relevante a identificação de determinantes que poderiam

conduzir a uma patologia decorrente do luto, assim como postula intervir sobre eles, de modo preventivo ou curativo.

Estudado globalmente, o luto iguala-se a uma ferida física mais do que qualquer outra doença. Então, como ocorre com qualquer machucado, à ferida aos poucos se cura.

A certeza de não colocar o luto entre as categorias de doenças descritas provém do fato de ele ser um processo e não um estado. Parkes (1998) reconhece que o luto envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem e o indivíduo enlutado passa por fases, que vai desde o entorpecimento, saudade ou procura pelo outro, e estes dão lugar à desorganização e ao desespero e só depois dessas últimas duas faces é que se dá a recuperação.

Continuando a mencionar Parkes (1998), ele ratifica que cada uma dessas fases tem suas características, e há diferenças consideráveis de uma pessoa para outra, e, além disso, as pessoas podem passar de uma fase para outra e voltar, de maneira que, após anos do início do luto uma fotografia na gaveta ou o reencontro com um velho amigo pode provocar um episódio de dor e saudade. De acordo com Parkes (1998 *apud* KOLLWITZ, 1967, p.62)

A morte dele se transformou para ela era uma espécie de obrigação pessoal. Dois anos mais tarde, ela anotou em seu diário: “Fiz um desenho. É uma mãe que deixa o filho escorregar para dentro de seus braços. Eu seria capaz de fazer uma centena de outros desenhos semelhantes, mas mesmo assim não consigo chegar mais perto dele. Ainda o procuro, como se nesse trabalho pudesse encontra-lo”.

Baseando-se nos termos do sociólogo Nikolas Rose (2011, p. 35), a normatização de um processo, por meio de sua apropriação por um saber técnico especializado categoriza, um “governo”, em que, por uma ação calculada sobre os indivíduos, há uma busca de realização de fins sociais e políticos. Para governar os sujeitos, primeiro é preciso conhecê-los. No caso dos fenômenos da vida humana, como a morte, o morrer e o luto, são os saberes “psi” que fornecem os conceitos pelos quais a subjetividade e intersubjetividade podem ser calculáveis. Desta forma, os indivíduos são objetos de intervenção externa, mas também sujeitos de uma ação sobre si próprios, em nome de suas capacidades subjetivas.

A experiência da subjetividade trabalha, portanto, por intermédio de uma persuasão inerente às suas verdades, fornecendo a ilusão de livre arbítrio para agir conforme as próprias escolhas, desejos e condutas.

Ainda de acordo com Rose (2011, p. 118), na sociedade ocidental moderna, os saberes “psi” configuram disciplinas científicas de conhecimento positivo dos indivíduos, afirmando uma verdade sobre os humanos e uma forma de agir sobre eles.

De modo geral, a construção desse conhecimento não emerge da reflexão do indivíduo normal, da personalidade normal ou, ainda, da emoção normal. Pelo contrário, a própria noção de normalidade tem origem na preocupação com o que é considerado problemático, perigoso ou patológico. Assim como na designação dos modelos de “morte moderna” e “morte contemporânea”, a ideia de um modelo de conduta normal em contraste com um patológico não pretende sugerir a evidência de um único modelo de pessoa, em determinada cultura.

A concepção de saberes acerca da subjetividade gera uma expectativa sobre as condutas humanas, sendo comum, incidentes de dor iniciar em poucas horas ou dias após a perda, e, comumente, chegam ao apogeu de intensidade no intervalo de cinco a quatorze dias.

Bowlby (1952/1985) chama essa fase de procura e protesto, onde é percebido que os sentimentos de pânico, a boca seca e outras indicações de atividade do sistema nervoso autônomo são especialmente pronunciados durante os incidentes de dor, e essa, trás um desejo persistente e obstrutivo pela pessoa que morreu, e preocupação com pensamentos que somente causam mais dor.

Diante de toda esta construção, ainda surgiram algumas categorias referentes às experiências normal e patológica, como formulado no DSM-5. Na literatura especializada sobre luto, encontram-se tipos de luto e sintomas que poderiam acusar uma vivência complicada deste processo. Parkes (1998) identifica que a forma mais frequente de luto complicado envolveria uma forma atípica do pesar, quanto à sua intensidade e duração, com aspectos que podem ser exagerados ou distorcidos. Embora o autor afirme que não há sintomas peculiares ao luto complicado, ele considera que expressões extremas de culpa, sintomas de identificação com o familiar doente e adiamento do início do luto por período superior

a duas semanas como indicadores de que a reação à perda pode tomar um rumo 'patológico' (PARKES, p.143).

De acordo com Kübler-Ross (1969/2016), nestes casos, é considerado que ocorre um prolongamento da fase de entorpecimento ou negação.

Uma segunda forma regular de luto complicado se refere ao "luto crônico". Esta situação está associada à relação de profunda sujeição entre o doente e seu familiar, onde o enlutado evita o abandono inerente à morte, na medida em que perpetua a relação, por meio de lembranças do falecido. Assim, mantém os vínculos estabelecidos em vida.

Advêm também os casos em que a morte se dá em virtude de um acontecimento traumático, com violência ou por doença estigmatizante (como exemplo, a AIDS), então a circunstancia pode provocar um "luto traumático". Se dando assim, o luto assemelha-se a um trauma, devido às angústias intensas que as lembranças podem desencadear. No entanto pode vir a ser confundida com as características do estresse pós-traumático. Há varias outras situações destacadas no manual, que podem complicar o processo de luto decorrente de histórico psiquiátrico de transtornos depressivos, de transtornos de ansiedade, uso abusivo de álcool e outras substâncias, por intensificar as reações e dificultar a adesão ao tratamento profissional.

No entanto, formular os conceitos de luto normal e luto complicado ou patológico na comunidade científica, produz, portanto muitas possibilidades e certa insegurança, acerca de como este fenômeno poderá ser vivido por cada individuo.

É neste sentido que especialistas, como Parkes, Bowlby e Kübler-Ross, estipulam fatores de risco para o luto complicado, a fim de auxiliar os profissionais de saúde a identificar tais casos e agir preventivamente sobre os indivíduos envolvidos.

3 MORTE E O TABU DA MORTE

A morte pertence à vida,
Como pertence o nascimento.
O caminhar tanto está em levantar o pé
Como em pousá-lo ao chão.
(Pássaros Errantes)

Rabindranath Tagore

Como afirma Kubler-Ross (1969/2016), quando procuramos estudar culturas e povos antigos temos a ideia de que o homem renegou a morte e sempre continuará agindo dessa forma. Isso por que para o nosso inconsciente a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. Portanto a morte está vinculada a uma intervenção maligna, onde, para o inconsciente só podemos morrer de causa natural ou idade avançada. E ainda mostra sua preocupação com o desejo da imortalidade e como a sociedade aceita a morte do próximo. Dessa forma:

É isto o que queremos tornar verdade, a projeção de nosso desejo infantil de onipotência e imortalidade? Se um país inteiro, se uma sociedade inteira sofre deste medo e rejeição da morte, deve lançar mão das defesas que tendem a ser destrutivas. As guerras, os tumultos, o aumento do índice de criminalidade podem ser sintomas da decrescente incapacidade de enfrentar a morte com resignação e dignidade. Talvez devamos voltar ao ser humano individual e começar ao ponto de partida para tentar compreender nossa própria morte. (KUBLER-ROSS, 1969/2016, p.18)

A autora ratifica que podemos começar a ser mais tolerantes diante da perda, não pelo fato de aceitar e sofrer somente com a morte física, todavia com o que não foi realizado em vida como o afeto, o diálogo, o respeito à dor do outro, a falta de escuta e a ausência dos sentimentos.

Freud (1915/1997) confirma que, para o inconsciente não existe representação negativa, e dessa maneira os desejos do homem são positivos visto que as fantasias são possíveis de serem realizadas. Portanto, não podemos supor a própria morte, mas sim, se faz necessário pensar e refletir sobre tal situação, por estarmos normalmente convencidos da imortalidade. No momento que falamos do medo da morte, segundo Freud, é relacionado a conflitos não resolvidos, castração, abandono e até um sentimento de culpa.

Partindo desse pensamento, busca-se a seguinte afirmação em Freud (1915/1997) “Acentuamos com regularidade a motivação casual da morte o acidente, a enfermidade, a infecção, a idade avançada, e traímos assim o nosso empenho em rebaixar a morte de necessidade a casualidade”.

Considerando tais ideias, a sociedade não administra nem sabe como lidar com a morte, apenas ignora e prefere não falar sobre o assunto. Torna-se mais fácil explicar sobre o nascimento do que a finitude da vida. Existe certa cautela em falar

da morte, principalmente, quando compreende sentimentos que envolvem entes queridos ou quando exaltamos o outro pela sua condição de morto. Segundo Freud (1915/1997, p.43):

Esta atitude convencional da nossa civilização perante a morte é complementada pelo nosso total colapso quando a morte feriu uma pessoa que nos é muito chegada, o pai ou a mãe, o esposo ou a esposa, um filho, um irmão ou um amigo querido. Enterramos com ele as nossas esperanças as nossas aspirações e os nossos gozos, não queremos consolar-nos e recusamo-nos a toda a substituição do ente querido.

Ou seja, às vezes a morte ocorre antes da forma física, onde em alguns casos o morrer acontece por falta do colhimento humano, como menciona a reflexão de Freud (1930/2010): “E, por fim, de que nos adianta uma vida longa se ela é penosa, pobre em alegrias e tão cheia de sofrimento que só podemos dar as boas-vindas à morte, saudando-a como libertadora?

Quando acontece a perda surge o luto, e Campos (2013, p. 16) explica como ocorre na psicanálise:

Do ponto de vista psicanalítico, os lutos patológicos e as tendências suicidas que se desenvolvem ao longo da vida só podem ser entendidos como um reflexo da estruturação mais básica de personalidade, que se constitui por meio das identificações narcísicas e edípicas ao longo da infância. Essa história de simbolizações é que irá ressignificar os eventos traumáticos da vida do sujeito. Desse modo, uma perda poderá trazer uma nova significação para um conjunto de fantasias e afetos inconscientes do sujeito.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante das definições apresentadas, compreende-se que o indivíduo é construído pela sua relação social, ou seja, está em sua natureza o fazer da integração com outros. É através desta troca que o sujeito constitui também sua subjetividade, ao qual não podemos descartar essa característica tão singular inerente a cada ser.

O modelo biomédico mostra essa característica com seus manuais de padronização. Todavia não se pretende desmerecer a contribuição da ciência médica com suas descobertas na saúde do homem, contudo se faz relevante o impacto provocado na relação médico, que é o detentor do saber, e o paciente,

detentor da patologia. Assim, se faz necessário mais do que apenas diagnósticos, mas sim a escuta e avaliação do sujeito como um ser existente e singular.

Por isso destaca-se a angustia como sendo uma sensação além dos sintomas observados pelo modelo biomédico, é um sofrimento do sujeito, como fora ressaltado por Leite (2011), na fala de um paciente em atendimento clínico no hospital psiquiátrico: “Sinto uma coisa aqui dentro de mim... não sei explicar. Algo me sufoca, tenho suores e dificuldade de respirar”. Tal particularidade faz com que esse sujeito precise de um olhar e escuta específica para acabar com suas interrogações e suas dores, com isso a racionalidade da medicina aparece com seu manejo de objetividade, esquecendo a concepção da subjetividade e da singularidade inerentes ao indivíduo diante da dor da perda por exemplo.

As mudanças culturais e expansão do conhecimento médico, quase sempre se colocam a frente das inquietações do ser humano, buscando concretizar respostas para sua subjetividade e na tentativa de silenciar o sentimento diante das dimensões de um tratamento. As implicações do processo de luto passam por esse clivo patologizante, em que apontar a doença e sua causa, são os únicos mecanismos necessários a um diagnóstico visando a cura eficiente pelo saber médico.

Fora trazida a reflexão de que cada sujeito lida com o luto de acordo com o seu percurso, sua maneira de sentir e ver o outro. Assim cada teoria tem sua visão de sujeito e mostra-se aqui, a importância da psicanálise nesse processo, fazendo-se conhecer sua posição e responsabilidade diante da situação do sofrimento psíquico.

A chave de leitura da subjetividade a partir de Sigmund Freud é uma posição de escuta do inconsciente que é o lugar da linguagem emocional. O conhecimento de si mesmo é a maneira mais eficaz de lidar com o outro e com situações que nos são impostas. O sujeito se descreve na psicanálise através da associação livre, e a escuta clínica é a forma de acolhimento desta.

Então, o processo de luto em Freud, está associado à libido, não sendo nada confortável ao sujeito a perda e o desligamento desse objeto perdido. No tocante, aparecem sentimentos, sintomas físicos e mentais que abalam o indivíduo, e que não são aliviados com diagnósticos e medicamentos, como propõe o modelo biomédico.

É válido lembrar que o sujeito em um processo de adoecimento continua expressando um ser subjetivo, assim afirma Kubler-Ross (1969/2016). “Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar-se de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido”... A autora ressalta a importância do olhar ao paciente as diversas formas de comunicação.

Portanto, é interessante como somos preparados para os ganhos e não para as perdas, onde o nascimento é cabível de ser falado, porém a morte é silenciada, habitando um lugar vazio em nossa sociedade.

5 ARTICULAÇÕES SOBRE O LUTO, PSICANÁLISE E SUBJETIVIDADE.

Revela-se através de Freud (1996/1997), que o luto pela perda de algo que amamos ou admiramos se afigura tão natural ao leigo, que ele o considera evidente por si mesmo. Para os psicólogos, porém, o luto constitui um grande enigma, um daqueles fenômenos que por si só não podem ser explicados, mas a partir dos quais podem ser rastreadas outras obscuridades. O luto é assomado nas elaborações freudianas diversas possibilidades de estudo, sendo este um fenômeno de constância clínica.

Deste modo ao nos debruçarmos sobre o texto freudiano foi possível compreender o luto por diferentes nuances: a dor, o afeto, o tabu, o trabalho psicológico e a experiência humana diante da transitoriedade do processo de existir. Cognomina-se de “faces do luto” tal como entendemos as diferentes formas de definição e apreensão do fenômeno do luto por Freud.

Nas formulações freudianas, o luto é qualificado como normal, como tal, se presta ao entendimento dos estados patológicos, servindo como modelo ou protótipo.

Com relação ao luto normal é importante salientar que a perda do ente amado não constitui presença de auto-recriminação, mas, em pessoas nas quais existe pré-disposição para neurose obsessiva pode haver a culpa pela perda. O sujeito vem a ter uma sensação que pode ter ajudado no processo de perda, e vir até achar que a desejou.

É por meio dessa maneira tortuosa que combina aspectos amorosos e agressivos da libido, por via de mecanismos de identificação, que se pode entender o afeto depressivo e o luto pelo objeto em Psicanálise.

Os médicos ponderavam a psicanálise freudiana como algo abstrato, teórico e se recusavam a aceitar tal teoria, que para eles, baseava-se apenas na perceptividade. Inclusive os filósofos possuíam certa resistência à psicanálise pelo fato de trabalhar com o inconsciente. Ainda assim, Freud não descartou as contribuições científicas, nem muito menos as filosóficas para o estudo de vários processos mentais do inconsciente.

Leite (2011) arrazoa que Freud enfatizava em suas conclusões, acerca do processo doloroso que é o luto e que isso se justifica quando há a característica da dor e que quando ocorre a dor física, por exemplo, ocorre uma concentração mental meio que narcísica para a parte do corpo que dói. Já com a perda, essa concentração é ainda maior, pois não há como reverter o quadro do objeto perdido e a dor mental é igual ou maior do que a dor física.

Ao nos debruçarmos sobre diversos artigos que versam sobre a questão do luto na psicanálise, podemos introduzir que este constitui um afeto que diz do desejo de superar uma perda ou de revertê-la, onde essa perda pode ser de natureza libidinal, ocorrendo na vida pulsional. Portanto, a concepção de luto apresenta-se, assim, vinculada às ideias de afeto e libido. “De modo geral, luto é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”. (Freud, 1917/1997).

Na citação acima, Freud aponta que o luto diz respeito à perda de um objeto de catexia pulsional que não é necessariamente um outro ser humano. Deste modo, a noção de luto como afeto se faz a partir de uma perspectiva descritiva em que se leva em consideração o impacto ou ressonância emocional que a perda de alguém ou algo querido pode provocar na vida libidinal. O luto seria o afeto que tem sua expressão provocada pelo impacto da perda de um objeto precioso para a dinâmica psíquica.

Ainda segundo Leite (2011), desvela-se que nos primeiros escritos freudianos sobre a clínica, o afeto da angústia se articulava à discussão concernente às neuroses de angústia, da qual resultaria a sua primeira teoria sobre o assunto. Nessa perspectiva, a noção de angústia aparece, desde o início, atrelada a outro

conceito central da psicanálise: a sexualidade, e conforme a teoria freudiana é devido à existência do princípio do prazer-desprazer, que o ser humano acaba por abrir mão de determinados objetos de prazer em prol de outros.

A referida autora evidencia o objeto de prazer como sendo impossível, é o mesmo de dizer que a satisfação nunca é absoluta, ou seja, que o prazer é sempre parcial, o que deixa aí um resto mobilizador do sujeito. Destacando que há a possibilidade do ser vivenciar a perda do objeto e com isso, encontrar outros objetos.

Em “Luto e melancolia”, uma das definições de luto aparece da seguinte forma:

A correlação entre a melancolia e o luto parece ser justificada pelo quadro geral dessas duas condições. Além disso, as causas excitantes devidas às influências ambientais são, na medida em que podemos discerni-las, as mesmas para ambas as condições. (FREUD, 1917/1997, p. 45)

Portanto, lê-se então o luto como algo da ordem do conhecido, do explicado, que não provoca grandes problemas à compreensão. Pode-se, então, supor que a normalidade do luto se dá simplesmente pela familiaridade que o caracteriza como fenômeno que conhecemos tão bem por acontecer como experiência na ordem do esperado, como reação frente à morte de alguém amado.

O luto é colocado como um certo “desvio aceitável” e possível das “atitudes normais” que se explica como “ressonância emocional” de uma experiência forte, o que se aplica a uma das perspectivas em que podemos entender o luto como afeto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim dessas considerações, acredita-se ter minimamente desenvolvido os pontos que se propôs abordar. Pretendeu-se, por um lado, refletir o processo de patologização do luto na contemporaneidade, desmistificando algumas questões a respeito das reações normais ou não no comportamento do indivíduo acometido pelo luto, tendo como contribuições e considerações alguns autores de outras teorias que não a psicanalítica; Compreender o conceito de luto e melancolia nas teorias freudianas e seus comentadores, fazendo-se entender, através da psicanálise, algumas questões e mostrar por que caminhos essa teoria pode ajudar a compreender a estruturação psíquica do indivíduo que vive um processo de luto.

No geral, analisou-se o processo de patologização do luto, a luz da teoria psicanalítica, na contemporaneidade. Assim, com base em tais reflexões este trabalho não pretende esgotar a discussão quanto a demonstrar o luto como o percurso de cada um. É ressaltado a importância da psicanálise nesse processo de fazer conhecer sua posição e responsabilidade diante da situação do sofrimento psíquico. Sem a ideia de que alívio psicológico é responsabilidade do outro, o luto não é um processo patológico, entretanto pode se tornar um ponto condensador de angústia e causa sofrimento psíquico demasiado o qual imobiliza o sujeito no processo de investimento libidinal em outros objetos.

REFERÊNCIAS

BOWLBY, John. **Apego e perda**. Apego. São Paulo, Martins Fontes. vol. I Argentina, Editorial Momento, 1985.

BOWLBY, John. **Perda: tristeza e depressão**. In Apego e perda Vol III. São Paulo: Martins Fontes, 1993. Disponível em <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-o-nascimento-da-clc3adnica.pdf> acesso em 26 de setembro de 2017.

CAMPOS, Érico Bruno Viana. (2013). **Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise**. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(1), 13-24. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19849044201300010003&lng=pt&lng=pt>. Acesso em 19 de março de 2017.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Morte: uma visão psicossocial**. *Estud. psicol.* Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, Aug. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000200010>. Acesso em 19 de março de 2017.

DSM 5/ **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-5 (2012-2013). American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordoli... [et al.]. - . e . Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p.; 25 cm.

DSM-IV-TR™ - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREUD, S. (1894/1980). **As neuropsicoses de defesa**. In: S. Freud (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1894).

FREUD, Sigmund (1915). **Por que guerra? A nossa atitude diante da guerra**. Lisboa, Edições 70, 1997 p. 39-50

FREUD, Sigmund (1917). **Luto e Melancolia**. In FREUD, S. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v.XIV, p.275-291.

FREUD, Sigmund, (1930) **O mal-estar na cultura** [recurso eletrônico] / Sigmund Freud ; tradução de Renato Zwick; revisão técnica e prefácio de Márcio Seligmann-Silva; ensaio biobibliográfico de Paulo Endo e Edson Sousa. – Porto Alegre, RS : L&PM, 2010. recurso digital (L&PM POCKET; v. 850).

FREUD, Sigmund. (1894/1980). **As neuropsicoses de defesa**. In: S. Freud (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1894).

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 24.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. – São Paulo: Atlas, 2002.

KUBLER-ROSS, Elisabeth (1969). **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. Tradução: Paulo Menezes. 9ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 2016.

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da pesquisa: Um guia prático**. Bahia: Via Litterarum, 2010.

LINDEMANN, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141-148. (1966/2001) **O lugar da psicanálise na medicina, Opção Lacaniana**, n.32. São Paulo: Eolia, p.8-14.

PARKES, Colin Murray. **Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta**. Ed. Summus 1998.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs**: Psicologia, poder e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 2011. Disponível em <Pulsional > **Revista de Psicanálise** > >7 ano XVI, n. 173, setembro/2003 artigos > p. 7-17 Acesso em 02 de setembro de 2017.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos Após um longo esforço, superando fatores internos e externos, físicos e emocionais, com um tema que despertou interesse particular e acadêmico, agradecemos primeiramente a Deus por ter nos proporcionado mais essa conquista, aos nossos familiares por nos dar o apoio necessário e fundamental nessa jornada, amigos e professores e em especial ao professor Erick Leonardo pela valiosa e compreensiva orientação, nos olhando sempre enquanto sujeitos em construção.

Natal/RN, artigo científico depositado em 01 de Dezembro de 2017.