

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

“O luto na cadeia é diferente”: sobre perda e luto na saúde prisional

Ana Paula de Melo Dias, Jorge Esteves Teixeira Junior, Bruno Pereira Stelet, Sandro Rogerio Rodrigues Batista

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15057>

Submetido em: 2026-02-05

Postado em: 2026-02-06 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

“O luto na cadeia é diferente”: sobre perda e luto na saúde prisional

“El duelo en prisión es diferente”: sobre la pérdida y el duelo en la atención de salud penitenciaria

"Grief in prison is different": on loss and grief in prison healthcare

Autores:

Ana Paula de Melo Dias – Universidade de Brasília - <https://orcid.org/0000-0001-7772-6668>

Jorge Esteves Teixeira Junior – Escola Superior de Ciências da Saúde - <https://orcid.org/0000-0002-9660-3548>

Bruno Pereira Stelet – Escola Superior de Ciências da Saúde - <https://orcid.org/0000-0002-3274-0084>

Sandro Rogério Rodrigues Batista - Universidade de Brasília - <https://orcid.org/0000-0001-7356-522X>

Resumo

Este artigo analisa as especificidades do luto vivenciado por pessoas privadas de liberdade no contexto da Atenção Primária à Saúde Prisional. Trata-se de estudo qualitativo, de inspiração na Medicina Narrativa, fundamentado na análise de uma narrativa clínica produzida em uma Unidade Básica de Saúde Prisional do Distrito Federal. A narrativa descreve a experiência de um homem encarcerado que recebe a notícia da morte violenta do filho. A análise evidencia que o luto no cárcere é atravessado pela ausência de rituais de despedida, comunicação impessoal da morte, restrição de redes de apoio e normas institucionais que inibem a expressão emocional, configurando formas de luto não reconhecido. Conclui-se que o encontro clínico, sustentado por escuta qualificada, pode operar como dispositivo de reconhecimento e cuidado, tensionando processos de desumanização no sistema prisional.

Palavras-chave: Luto, Atenção Primária à Saúde, prisões, medicina narrativa

Resumen

Este artículo analiza las especificidades del duelo experimentado por personas privadas de libertad en el contexto de la Atención Primaria de Salud Penitenciaria. Se

trata de un estudio cualitativo, inspirado en la Medicina Narrativa, basado en el análisis de una narrativa clínica producida en una Unidad de Salud Primaria Penitenciaria del Distrito Federal. La narrativa describe la experiencia de un hombre privado de libertad que recibe la noticia de la muerte violenta de su hijo. El análisis revela que el duelo en prisión se caracteriza por la ausencia de rituales de despedida, la comunicación impersonal de la muerte, las redes de apoyo restringidas y las normas institucionales que inhiben la expresión emocional, configurando formas de duelo no reconocido. Concluye que el encuentro clínico, apoyado por una escucha cualificada, puede operar como un dispositivo de reconocimiento y cuidado, desafiando los procesos de deshumanización dentro del sistema penitenciario.

Palabras clave: Duelo, Atención Primaria de Salud, prisiones, medicina narrativa

Abstract

This article analyzes the specificities of grief experienced by incarcerated individuals within the context of Primary Prison Health Care. It is a qualitative study, inspired by Narrative Medicine, based on the analysis of a clinical narrative produced in a Primary Prison Health Unit in the Federal District. The narrative describes the experience of an incarcerated man who receives news of his son's violent death. The analysis reveals that grief in prison is marked by the absence of farewell rituals, impersonal communication of death, restricted support networks, and institutional norms that inhibit emotional expression, configuring forms of unrecognized grief. It concludes that the clinical encounter, supported by qualified listening, can operate as a device for recognition and care, challenging dehumanization processes within the prison system.

Key words: Grief, Primary Health Care, prisons, narrative medicine

Introdução

Partindo do princípio de que somos seres finitos, estabelecemos laços afetivos com outros seres igualmente finitos, imersos em um tecido simbólico que, inevitavelmente, será marcado por perdas e rupturas. Dessa forma, vivemos constantemente sob o impacto de algum tipo de luto. Em outras palavras, o luto constitui de maneira contínua e perene a experiência humana e, a partir dele, podemos desenvolver estratégias de enfrentamento para as várias perdas que vivenciamos⁶.

O luto foi objeto de reflexão em diferentes disciplinas, cada uma lançando luz sobre as dimensões dessa experiência humana. Na Psicanálise, por exemplo, Freud¹ inaugurou uma das formulações mais influentes ao distinguir *luto* de *melancolia*, descrevendo o luto como um processo psíquico frente à perda. Na Antropologia, os rituais funerários eram como mediações simbólicas fundamentais para reintegrar a morte à ordem social e possibilitar o luto coletivo.

No campo da Psicanálise, o luto foi originalmente compreendido por Freud¹ como um processo psíquico “normal”, ainda que doloroso, de desligamento da libido investida no objeto perdido, permitindo ao ego, ao final, retomar sua liberdade e investir em novos vínculos. Essa concepção é reiterada por Dunker², destacando que o luto, além de seus desfechos tradicionais (elaboração bem-sucedida ou melancolia patológica), pode assumir uma terceira via: o luto infinito. Nessa perspectiva, o luto não necessariamente se resolve, mas se prolonga como uma forma de subjetivação contínua, muitas vezes sem manifestações depressivas evidentes.

Para Dunker², o luto mobiliza não apenas a dor da perda, mas o próprio processo de constituição do sujeito, sendo atravessado por identificações primárias e afetos inconscientes. O autor propõe uma leitura em que o luto envolve a reconstrução simbólica do objeto perdido — signo por signo —, e aponta que pode haver perdas tão fundamentais que nunca se integram completamente, revelando uma experiência de infinitude no outro que desafia a finitude do eu. Assim, o luto se torna não apenas uma tarefa psíquica, mas uma experiência ética e existencial, com implicações tanto na clínica como na cultura.

No campo da Antropologia, a compreensão do luto como fenômeno ritual e coletivo tem no francês Robert Hertz um de seus marcos fundadores. Em seu ensaio clássico de 1907, *A morte como fato social*, Hertz³ demonstra que o luto não é apenas uma vivência subjetiva do indivíduo, mas um processo moldado por estruturas sociais e simbólicas. Nessa perspectiva, o luto é pensado como um período de transição em que tanto o morto quanto os vivos passam por transformações: o falecido é gradualmente incorporado ao mundo dos ancestrais, enquanto os vivos são reintegrados à normalidade social por meio dos rituais. O tempo do luto, portanto, não é biográfico, mas socialmente regulado, e seu encerramento depende do reconhecimento simbólico coletivo da perda. A relevância dessa abordagem está em compreender que o luto, para além de seus aspectos emocionais, é também uma tecnologia cultural de reconstrução da ordem e de manutenção dos vínculos sociais.

A compreensão do luto ao longo do tempo tem se expandido a partir de diversas perspectivas teóricas que buscam dar conta da complexidade dessa experiência⁷. Desde o modelo do “trabalho de luto” proposto por Freud, que via o processo como uma necessidade de desvinculação afetiva do ente perdido, até teorias mais contemporâneas como a de Bowlby⁸, centrada nos estilos de apego; na de Worden⁹, baseada em tarefas de adaptação; e o de Kübler-Ross¹⁰, com suas etapas emocionais, todas ilustram essa diversidade e reforçam que o luto é uma vivência singular, atravessada por fatores individuais e contextuais.

O modelo dual do luto, descrito por Stroebe e Schut¹¹, aponta três processos vivenciados pelas pessoas enlutadas: os dois primeiros envolvem o enfrentamento guiado pela perda e pela restauração, respectivamente; e o terceiro diz respeito ao movimento pendular entre esses dois polos. Os sentimentos de perda se relacionam com a negação ou evitação da morte, passando também por um processo de aceitação e elaboração desse luto, que demanda o acesso a lembranças materiais e simbólicas daqueles que já partiram⁶.

Embora o luto seja uma experiência universal, ele não se manifesta de forma homogênea entre os indivíduos. A diversidade de abordagens teóricas sobre o tema contribui para ampliar nossa compreensão do enlutamento, reforçando que não existe um único caminho normativo para elaborar a perda. As maneiras de vivenciar o luto são profundamente atravessadas por fatores socioculturais, políticos e institucionais. O sofrimento psíquico, bem como os modos de elaboração da perda, assumem contornos particulares quando inseridos em contextos de vulnerabilidade, opressão ou negação de direitos. Como observa Butler⁴, o reconhecimento do luto está intrinsecamente ligado à ideia de “vidas que importam” - ou seja, o sofrimento só se torna visível e passível de cuidado quando a perda é legitimada socialmente. Nesse sentido, os lutos que se dão em contextos de marginalização - como no caso das pessoas privadas de liberdade - tendem a ser invisibilizados, desautorizados ou mesmo criminalizados.

As prisões fazem parte da sociedade e da vida cotidiana, ainda que sejam, muitas vezes, mantidas à margem do debate público. O surgimento do encarceramento, tal como conhecemos hoje, foi uma invenção moderna com o objetivo de substituir práticas anteriores de punição - como a tortura, o suplício público e o trabalho forçado - por uma forma considerada mais “civilizada” de controle e disciplina, surgida no século XVIII na Europa, no XIX nos Estados Unidos e

posteriormente difundida em outras partes do mundo¹². No Brasil, a população privada de liberdade cresceu de forma exponencial nas últimas décadas, colocando o país entre os quatro com maior população carcerária do planeta. A maior parte das pessoas presas é composta por jovens, negros e oriundos de contextos de extrema vulnerabilidade social, o que evidencia o caráter seletivo e estruturalmente racista do sistema penal¹³.

O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade é garantido pela Lei de Execução Penal e pelo Sistema Único de Saúde, sendo a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) responsável por organizar as Equipes de Atenção Primária Prisional. Contudo, persistem desafios para assegurar cuidado integral e longitudinal, em um contexto marcado por precariedade estrutural e barreiras institucionais, éticas e subjetivas.

As prisões, entendidas como instituições totais, restringem autonomia, afeto e cuidado, tornando sofrimento e morte experiências ainda mais desumanizadas. O luto no cárcere é atravessado pela ausência de rituais de despedida, pelo distanciamento das redes de apoio e pela insuficiência de políticas de saúde mental, configurando um luto frequentemente não reconhecido. Tal apagamento atinge também os profissionais de saúde, expostos ao sofrimento sem suporte adequado.

O estudo adota abordagem qualitativa inspirada na Medicina Narrativa, reconhecendo a escuta como ferramenta central para compreender experiências de adoecimento e sofrimento. As narrativas, entendidas como construções situadas no tempo, no território e na forma de contar, permitem transformar vivências em experiências compartilháveis e ampliar a interpretação clínica¹⁶.

Foi selecionada uma narrativa-chave como eixo analítico, com preservação das identidades. Reconhece-se que todo relato é atravessado pela perspectiva do narrador e pelo contexto institucional. Sem pretensão de generalização, o estudo busca contribuir para o debate interdisciplinar sobre saúde, sofrimento e morte em contextos de privação de liberdade, compreendendo a clínica como espaço também político, relacional e simbólico.

O luto na cadeia é diferente

Voltava de almoço quando ao chegar na minha sala, ouvi o recado de um policial: "Trouxemos um paciente para você".

A pessoa era Ramon, um homem branco, alto, sobrepeso, cabelos brancos, face envelhecida. Já o havia atendido algumas vezes. Diabético, insulino-dependente, que nos contatos anteriores se queixou de dor no peito, possivelmente anginosa. Naquela ocasião, no entanto, estava com o rosto inchado, lágrimas nos olhos, vermelhos talvez de tanto chorar.

Três policiais o escoltavam. Era uma pessoa do bloco de segurança máxima. Ali, aqueles considerados de alta periculosidade, tinham maior atenção dos policiais e ficavam em celas com uma ou duas pessoas. Ele já estava ali há muitos anos.

“Ramon, o que houve?”

“Ele se foi, doutor.”

“Quem se foi, Ramon?”

“Meu filho. Meu filho morreu.”

E eu entendi o motivo da consulta. Quando alguém da família morre, algumas coisas podem acontecer. Talvez a notícia chegue rápido, por um policial e pode ser feita de forma mais ou menos cuidadosa, sem técnicas, sem protocolos *Spikes*, no estilo cadeia de diálogo. Duro e frio. No entanto, com frequência passam a tarefa de contar a notícia para a equipe de saúde. Por vezes, a pessoa fica sabendo da notícia e recebe um suporte imediato da equipe de saúde, em geral do psicólogo.

Acho que trouxeram para mim porque sabem que gosto de escutar. E, assim, me dei conta de que Ramon soube da notícia e veio receber algum suporte conosco na UBS.

O clima era muito pesado e passei um longo tempo ouvindo:

“Eu não vou mentir, doutor. Ele morreu em troca de tiro com a polícia. Nunca quis que ele virasse bandido. E eu sempre falei para ele não trocar tiro. Se for pego, sai com a mão levantada. Perdeu, perdeu. Se trocar tiro com a polícia, eles não perdoam”.

Na minha cabeça, por mais difícil que fosse, eu gostaria de lhe dar o mais profundo reconhecimento de sua dor. Eu nunca quero saber o crime que cometeram e felizmente tenho conseguido me conectar com a dimensão de sofrimento do outro, porque eu não estou ali para aplicar pena, julgar ou fazer da cadeia um lugar ruim, como ouvi muitas vezes. "Ninguém pode gostar daqui da cadeia. Senão, volta." Eu tenho dentro de mim alguma esperança de que uma experiência positiva de cuidado, de dignidade seja uma esperança de que as pessoas possam enxergar novos recomeços.

“Hoje sou eu quem chora. Mas eu imagino que também poderia ser a mãe do policial que o matou. Eu não vou mentir, doutor. Não queria estar chorando a morte do meu filho hoje. Eu sei que é egoísta. Mas eu não queria que ele fosse.” Dizia isso numa sala com três policiais na escola. Todos estavam imóveis, sem expressão de emoção. Estar ali na UBS significava que os policiais tiveram compaixão do seu momento e mesmo sabendo dessas tensões entre polícia e presos, optaram pelo suporte emocional de um ser humano que naquele momento chorava a perda do filho.

Difícilmente ele se despediria. Antes da COVID-19, contaram-me que a pessoa podia se despedir do caixão, que ia até o familiar em privação de liberdade. Depois da COVID-19, a despedida era sem caixão, sem velório, sem ritual.

Fiquei sensibilizado. A dor da perda do filho era inquestionável. O choro, absolutamente sofrido, sincero. Na hora lembrei de um policial penal que havia perdido o tio e encontrado a pessoa que cometeu o crime dentro do presídio. E pensei em quão confuso era aquilo tudo na minha cabeça.

Chorar na cadeia é um sinal de fraqueza. Seja para o policial ou para o preso. Ninguém diz muito isso, não está escrito em lugar nenhum, mas dá para ver que na população do presídio masculino esse aspecto da masculinidade era a norma. Ramon, no entanto, teve o mais próximo de uma despedida: a possibilidade de chorar alguns minutos sem julgamento. Um choro livre, um choro preso. Doído, reconhecido e escutado. Protegido e desprotegido, fragilizado. Um luto de um tempo que eu ainda não entendo. O luto na cadeia é diferente. Dura, parece que não passa. O tempo deles é outro, não é o do meu relógio.

Discussão

A complexidade do luto no contexto prisional se desvela não apenas como uma vivência individual, mas também como um fenômeno social e institucional, fortemente influenciado pelas condições e limitações impostas pelo sistema penal. Este artigo busca explorar algumas das particularidades desse processo de luto, destacando como a privação de liberdade cria barreiras materiais e simbólicas que dificultam a elaboração da perda, tanto para os presos quanto para os profissionais de saúde que atuam nesse ambiente. Ao analisar a narrativa de Ramon, um detento que perde seu filho, será possível evidenciar como a prisão desumaniza o luto, negando rituais essenciais de despedida e amplificando o sofrimento psíquico.

A prisão, como instituição total, impõe restrições não apenas ao corpo, mas também à expressão emocional. A ausência de rituais de despedida, como velórios e sepultamentos, acentua a dor do enlutado, tornando-o vulnerável a um luto não reconhecido. Em ambientes de alta repressão emocional, o luto é vivido de maneira isolada e fragmentada, o que pode gerar um sofrimento prolongado e, por vezes, sem resolução. Além disso, a presença de normas performáticas de masculinidade no sistema prisional contribui para a repressão dos sentimentos, dificultando a expressão da dor e a vivência do luto de forma saudável.

A reflexão que se segue busca explorar como as dimensões temporais do encarceramento e a falta de um fechamento simbólico do luto impactam a saúde mental dos indivíduos privados de liberdade, revelando as implicações desse contexto para as políticas de saúde no sistema prisional.

Peculiaridades do cuidado em saúde no sistema prisional: a narrativa como ponto de partida

As práticas de cuidado na saúde prisional exigem atenção a aspectos que são marcados por dinâmicas institucionais, simbólicas e afetivas que diferem significativamente de outros contextos de atenção. A narrativa de Ramon, um homem encarcerado em unidade de segurança máxima, evidencia a complexidade do sofrimento vivenciado nas prisões, em especial quando atravessado por experiências de luto. Um detento escoltado por policiais até a unidade básica de saúde do presídio, com o rosto marcado pelo choro diante da morte do filho é a cena clínica que ilustra as fissuras possíveis no cotidiano repressivo e endurecido das prisões, abrindo espaço para o cuidado como gesto ético de escuta e reconhecimento da dor do outro.

Um dos elementos mais significativos da narrativa é a ruptura, por parte de Ramon, de uma norma tácita da masculinidade prisional: a proibição do choro. Em ambientes marcados por códigos de virilidade e resistência emocional, expressar a dor através das lágrimas pode ser interpretado como fraqueza, tanto por outras pessoas presas quanto por agentes do sistema penal. Ao permitir-se chorar diante de profissionais de saúde, Ramon rompe com essa norma e revela a potência de certos espaços como a unidade de saúde prisional para oferecer proteção simbólica a sua fragilidade. Esse gesto evidencia como a escuta e o acolhimento, quando mediados por relações de cuidado, podem desafiar dispositivos de silenciamento afetivo que predominam em contextos prisionais, em especial os masculinos.

Essa tensão entre vulnerabilidade e masculinidade hegemônica assume contornos ainda mais complexos quando se observa que o próprio Ramon reconhece de forma explícita a legitimidade do sofrimento de outras figuras envolvidas no evento traumático, como a mãe do policial que matou seu filho. Tal reconhecimento humaniza o conflito, deslocando-o do campo da dicotomia entre inimigos e aliados, criminosos e agentes da lei. A partir da fala de Ramon é possível inferir que o luto surge como uma experiência que, ainda que mediada pela violência estrutural, pode ser compartilhada e compreendida de forma transversal, tocando a condição humana de todos os envolvidos. O médico, ao refletir sobre essa dor comum, questiona silenciosamente os limites da empatia em um campo tradicionalmente separado por muros físicos e simbólicos.

Outro aspecto central diz respeito à temporalidade do luto no cárcere. O próprio profissional de saúde, ao ouvir e observar Ramon, reconhece que “o tempo deles é outro, não é o do meu relógio”. Essa diferença de percepção do tempo não é apenas subjetiva, mas material: a prisão suspende os rituais convencionais de despedida, dilui a possibilidade de elaboração simbólica da perda e restringe a agência dos sujeitos sobre suas vivências. O tempo do luto, assim, torna-se opaco, prolongado, e por vezes, cronicamente inacabado. Sem rituais de despedida, sem espaço para o silêncio ou para a memória, o luto prisional tende a ser encapsulado, reiterando o caráter da pena privativa de liberdade.

A impossibilidade de “concluir” o luto, isto é, de transitar por seus estágios com apoio e significação social, revela-se como mais um efeito colateral da lógica punitiva que rege o sistema penal. O relato de Ramon revela que o enterro do filho se dá sem velório, sem caixão e sem despedidas e evidencia o apagamento ritual promovido pelo encarceramento. Tal apagamento produz impactos diretos sobre a saúde mental de pessoas privadas de liberdade, exigindo dos profissionais de saúde estratégias específicas de cuidado que levem em conta não apenas a dor individual, mas a ausência de mediações simbólicas e sociais que sustentem a elaboração da perda. Em vez de uma escuta prescritiva ou protocolar, o que se faz necessário é uma escuta comprometida com a singularidade e com os tempos próprios de quem vive o luto sob contenção.

Luto e vida precária no contexto prisional

A ausência de rituais de despedida tradicionais, como velórios, sepultamentos e até mesmo o direito à visitação durante o falecimento de um ente querido torna o processo de luto na prisão uma experiência ainda mais precária, usando o termo proposto por Butler⁴. Como destacado na mencionada história, Ramon foi informado da morte de seu filho de maneira impessoal, através de um policial, sem qualquer cuidado ou protocolo comunicacional, como o uso de técnicas adequadas de comunicação de más notícias, que orienta uma abordagem mais empática e respeitosa. Em um ambiente prisional, onde a dor muitas vezes é vista como um sinal de fraqueza, o luto se torna um sofrimento isolado, sem o amparo social que seria esperado em uma situação de perda.

A privação do direito de se despedir de um ente querido é uma característica marcante do sistema prisional, o que potencialmente agrava o sofrimento do indivíduo. Ao impedir ou restringir a participação do preso em rituais de despedida e celebrações da vida de quem faleceu, o sistema penal não apenas dificulta a elaboração do luto, mas também perpetua uma sensação de vulnerabilidade e negação da capacidade de expressão emocional. A situação de Ramon, que não pôde se despedir de seu filho, exemplifica o quanto a prisão constrói um ambiente em que a morte do outro se torna um evento que não tem legitimidade para ser vivido e lamentado de forma adequada.

Em termos de teoria do luto, Bowlby⁸ e Worden⁹ destacam a importância dos rituais de despedida no processo de luto, sendo eles essenciais para o enfrentamento da perda, proporcionando um espaço para a aceitação da morte e a transformação da relação com o ente querido. Em ambientes onde a capacidade de realizar tais rituais é restringida, os enlutados podem enfrentar um luto complexo e prolongado, resultando em sintomas de sofrimento psicológico duradouro.

Ao criar uma barreira física e social entre o indivíduo e a sociedade, o sistema penitenciário reflete a lógica de vulnerabilização e marginalização, que se perpetua, inclusive, nos momentos mais dolorosos e fundamentais para a experiência humana.

Judith Butler⁴ discute como as vidas humanas são tratadas de maneira desigual na sociedade, com algumas sendo reconhecidas como mais valiosas que outras, o que se reflete diretamente nos processos de luto e na forma como a sociedade lida com a morte e a perda. Butler argumenta que as vidas que são marginalizadas, expostas à violência e à precariedade, são frequentemente desvalorizadas, tornando o luto por essas vidas mais invisível, minimizado ou até

mesmo negado e defende que o **luto** é uma prática social profundamente política, que não é apenas uma reação individual à perda, mas um reconhecimento coletivo da vulnerabilidade e da fragilidade das vidas humanas. Ela argumenta que a forma como o luto é permitido ou não pela sociedade revela a hierarquia entre as vidas, onde as perdas de certas vidas não são lamentadas com a mesma intensidade ou dignidade. Ainda de acordo com a autora, o luto é também uma maneira de afirmar a interdependência e a solidariedade entre os seres humanos, já que é um reconhecimento da finitude da vida e da dor da perda.

Butler⁴ faz uma distinção entre fragilidade, vulnerabilidade e precariedade da vida, conceitos que são centrais para sua análise sobre o luto. A fragilidade da vida se refere à condição universal de todos os seres humanos, que são, de certo modo, sempre suscetíveis a forças externas, como doenças, acidentes e a morte. Essa fragilidade é parte da condição humana e todos estamos sujeitos a ela. No entanto, a fragilidade é algo que, muitas vezes, pode ser minimizado ou protegido, dependendo das condições materiais e sociais em que uma pessoa vive. A vulnerabilidade constitui um conceito mais relacional. A autora destaca que a vulnerabilidade não é uma característica fixada apenas no indivíduo, mas uma condição de interdependência com os outros. Somos vulneráveis porque dependemos de outros para nossa sobrevivência e bem-estar. No entanto, a vulnerabilidade também pode ser ampliada ou minimizada, dependendo das relações sociais, políticas e econômicas em que uma pessoa está inserida. Ela é, portanto, mais do que uma característica individual; é uma experiência social que varia conforme o contexto. Já a precariedade da vida refere-se a uma condição estrutural e social. Para Butler, a precariedade está diretamente ligada a condições de desigualdade social, pobreza e opressão. As vidas precárias são aquelas constantemente expostas ao risco, seja pela violência direta ou pelas condições materiais de vida, como o acesso restrito a cuidados de saúde, educação, moradia ou trabalho. Essa precariedade é uma característica de certos grupos, cujas vidas são desvalorizadas e que enfrentam risco constante de morte ou sofrimento.

Em relação ao luto, Butler⁴ argumenta que as vidas precárias são aquelas que mais sofrem com a invisibilidade no processo de luto, um direito humano, mas socialmente condicionado. Quando a sociedade não reconhece a vida de um grupo ou categoria como "digna de luto", a morte dessas pessoas é tratada com indiferença.

Nem todas as vidas são reconhecidas como passíveis de luto; algumas mortes sequer alcançam o estatuto de perda para o corpo social. O luto, nesse sentido, não é apenas uma experiência íntima, mas também um campo político de reconhecimento e exclusão. A narrativa de Ramon evidencia a dor, mas também a forma como a sociedade penitenciária nega ao preso o direito de expressar seu sofrimento de maneira genuína.

A recusa em reconhecer certas mortes como dignas de luto revela os mecanismos sociais e políticos de desumanização. Determinados sujeitos - migrantes, populações racializadas, povos colonizados, corpos subalternizados - são frequentemente colocados fora do campo de reconhecimento ético. Suas mortes são estatísticas, ruídos informacionais, ausências sem rosto. A negação do luto é, portanto, também uma negação da condição de humanidade plena. Nesse sentido, o luto não apenas acompanha a perda, mas escancara as hierarquias de valor impostas à vida. Reconhecer o direito ao luto é, simultaneamente, um gesto de resistência e de afirmação da vida precária como vida legítima.

Medicina Narrativa e as potências do encontro clínico

A Medicina Narrativa pode ser entendida como um conjunto teórico-prático oriundo de diversas disciplinas (Antropologia, Literatura, Filosofia etc.) que visa destacar as histórias de vida dos pacientes ao processo clínico, reconhecendo que o sofrimento humano não se limita a sintomas físicos, mas é permeado por contextos sociais, emocionais e culturais¹⁶. Definida como uma perspectiva que privilegia a escuta atenta e a interpretação das narrativas pessoais, essa abordagem busca proporcionar uma compreensão mais integral e subjetiva da experiência de adoecimento paciente, mas que também poderia incluir a abordagem da experiência de sofrimento pelo luto, por exemplo.

A Medicina Narrativa parte do princípio de que as narrativas são essenciais para a construção dos significados do adoecimento, permitindo que o paciente reconstrua sua história dentro de um espaço de cuidado. Na prática, ela envolve não apenas ouvir, mas também refletir sobre o que é dito, dando voz às experiências do paciente, muitas vezes invisibilizadas ou minimizadas em ambientes médicos tradicionais. No contexto prisional, a Medicina Narrativa pode oferecer aos profissionais de saúde uma ferramenta interpretativa para lidar com a complexidade dos encontros clínicos, em que fatores estruturais e sociais impõem desafios

específicos ao processo de cuidado, por exemplo, permitindo a expressão das histórias pessoais das pessoas presas ou a superar as restrições impostas ao luto na prisão, criando um espaço de compartilhamento de experiências de perda.

No contexto de privação de liberdade em que impõe uma carga emocional aos detentos, a escuta ativa e a análise narrativa são particularmente valiosas. Profissionais de saúde capazes de adotar uma abordagem narrativa podem ampliar a visão reducionista e técnica que muitas vezes caracteriza a prática clínica nesses ambientes, permitindo-se atentar para a produção de subjetividades e reconhecer a pluralidade de fatores que moldam as experiências de luto e sofrimento. Ao integrar aspectos de Crítica Literária, como o *Close Reading*, ou valorizando o conceito de experiência de adoecimento (illness) oriundo da Antropologia Médica, é possível posicionar o encontro clínico como um espaço de troca simbólica, onde a narrativa não se apresenta apenas como uma ferramenta para diagnóstico, mas um processo de construção conjunta entre paciente e profissional.

Essa dinâmica não somente facilita o compartilhamento de experiências profundamente enraizadas nas subjetividades dos pacientes, como também abre espaço para a produção de um cuidado mais empático e conectado às realidades sociais e psicológicas que cercam os indivíduos. Na saúde prisional, onde há um risco premente do apagamento das histórias de vida, a Medicina Narrativa oferece uma forma de resgatar e legitimar essas histórias, proporcionando um cuidado que não se restrinja aos sintomas imediatos, mas que também leve em conta as complexas realidades subjetivas dos pacientes.

A narrativa de Ramon ilustra como o luto no sistema prisional se entrelaça com as dificuldades de expressão emocional e com o sofrimento psicológico prolongado. Quando Ramon chega à consulta, ele não apenas apresenta sintomas físicos, como sinais de um possível problema cardíaco, mas também carrega consigo uma dor emocional profunda, relacionada à perda de seu filho. Esse luto, intensificado pela dinâmica institucional da prisão, revela a complexidade das emoções que as pessoas privadas de liberdade evidenciam e que, muitas vezes, não são reconhecidas. A frase "Ele se foi, doutor", dita por Ramon, encapsula uma dor silenciosa e não verbalizada, que vai além da simples notícia de uma morte; ela aponta para a ausência de rituais e de oportunidades para um luto socialmente reconhecido. Ao mesmo tempo, a escuta atenta do médico se torna um espaço onde a dor pode ser reconhecida e validada. A escuta atenta no encontro clínico não é apenas uma escuta passiva das

palavras do paciente, mas uma prática reflexiva que permite ao profissional de saúde se conectar com o sofrimento do outro, sem julgamentos apressados e sem o ímpeto de "resolver" a dor, mas permitindo reconhecer sua existência e legitimando seus modelos explicativos.

A maneira como Ramon se comunica e a descrição de suas emoções são fundamentais para a compreensão da dinâmica do luto na prisão. A ausência de rituais de despedida e a impossibilidade de se despedir de seu filho no contexto prisional transformam o luto em um processo marcado pela negação da morte e da perda como características da vida no cárcere. Ao relatar que o filho “morreu em troca de tiro com a polícia”, Ramon descreve como um evento distante, genérico e comum, como um recorte de notícia de jornal. Ramon não teve a oportunidade de vivenciar um processo de despedida, implicando em uma experiência de perda “incompleta”. A Medicina Narrativa, ao incorporar essa dimensão simbólica da perda, possibilitou uma leitura mais atenta do sofrimento de Ramon, permitindo que o profissional de saúde não apenas observasse, mas compreendesse e criasse espaço para a dor expressada.

A relação entre o médico e Ramon, no contexto da escuta atenta, vai além do simples reconhecimento da perda; ela abre um campo para o cuidado emocional dentro do ambiente carcerário. A escuta atenta como prática terapêutica permite ao profissional de saúde se posicionar como mediador da dor, não apenas atuando como técnico, mas como alguém que, ao se engajar nas narrativas do paciente, possibilita a validação do sofrimento e a construção de um espaço para a expressão das emoções.

Da escuta ao “interesse genuíno” para construção de vínculos de confiança

A escuta, enquanto prática relacional no cuidado em saúde, tem sido abordada sob diferentes enfoques teóricos e metodológicos, refletindo a multiplicidade de sentidos que essa ação adquire nos contextos clínicos, institucionais e formativos. Longe de se restringir a uma habilidade técnica, a escuta configura-se como uma atitude ético-política diante da alteridade, fundamental para o reconhecimento do outro como sujeito de direitos, de desejos e de sofrimento. No interior das práticas de cuidado, diferentes noções de escuta — como escuta atenta, escuta qualificada e

escuta terapêutica — emergem de campos disciplinares diversos, tais como a Crítica Literária, a Psicologia Humanista e a Saúde Coletiva, cada uma contribuindo com perspectivas singulares para a qualificação do encontro clínico. Ao examinarmos essas formas de escuta, buscamos compreender como se articulam em torno de um mesmo propósito: promover relações de cuidado mais sensíveis, implicadas e transformadoras.

A escuta atenta, conforme proposta no âmbito da Medicina Narrativa, deriva do conceito de *Close Reading*, que se refere à prática de leitura atenta e analítica, focando nos aspectos formais de um texto, como ritmo, estrutura e linguagem figurativa, para promover uma compreensão profunda do conteúdo. Essa abordagem exige que o leitor se engaje criticamente, questionando o narrador, suas escolhas e a forma como a história é contada. No contexto da Medicina Narrativa, "Close Reading" vai além da simples leitura de textos literários, estendendo-se à escuta atenta dos relatos de pacientes.

Como afirma Charon et al.⁵ (p. 160), “ensinar aos profissionais de saúde como leitores atentos – ou ouvintes atentos – faz muito mais do que melhorar suas habilidades de entrevista”, uma vez que permite perceber elementos sutis que muitas vezes passam despercebidos em abordagens tradicionais, como metáforas, humor e emoções implícitas.

Essa prática de leitura atenta, ao ser integrada ao cuidado em saúde, potencializa a conexão entre médicos e pacientes, favorecendo a compreensão das dimensões emocionais e subjetivas das experiências de adoecimento. A Medicina Narrativa, ao adotar o "Close Reading", incentiva os clínicos a refletirem sobre as histórias dos pacientes e de si mesmos de forma mais profunda, permitindo que os profissionais se tornem mais sensíveis às nuances da comunicação. Através dessa abordagem, como destacou Charon et al.⁵ (p. 166), "o leitor atento se torna, no final, mais profunda e poderosamente sintonizado com tudo que diz respeito à voz e a presença do outro", o que contribui para uma prática clínica mais eticamente contextualizada.

Por sua vez, a escuta qualificada, conceito desenvolvido no marco da Política Nacional de Humanização (PNH), insere-se no conjunto das chamadas tecnologias leves da atenção em saúde. Articulada às proposições da Clínica Ampliada, essa escuta se ancora em princípios como o Acolhimento, a valorização da autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização pelo cuidado. Essa forma de escuta visa promover

o protagonismo dos usuários e a construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares, reconhecendo que o encontro clínico é também um espaço de negociação simbólica e produção de subjetividades. Assim, a escuta qualificada não se restringe à recepção de demandas, mas exige do profissional abertura ética e afetiva para lidar com a complexidade das histórias que atravessam os serviços de saúde¹⁷.

Já a escuta terapêutica, conforme sistematizada por Mesquita e Carvalho¹⁸, pode ser compreendida como uma estratégia ativa de comunicação centrada na pessoa, fundamentada no modelo humanista de Carl Rogers. Tal escuta consiste na habilidade de responder ao outro de forma empática, acolhendo suas angústias e facilitando a autorreflexão, inclusive por meio da identificação e valorização de elementos verbais e não verbais da comunicação. Estudos sobre a escuta terapêutica demonstram sua eficácia como intervenção clínica, especialmente em contextos que demandam escuta qualificada sem necessidade imediata de procedimentos biomédicos, como em cuidados paliativos e na atenção psicossocial. Trata-se de um processo dinâmico, que demanda formação específica e constante aprimoramento das competências relacionais dos profissionais de saúde.

A narrativa de Ramon, apresentada neste trabalho, evidencia que, em muitos contextos prisionais, os profissionais de saúde - especialmente psicólogos e médicos - tornam-se os únicos interlocutores possíveis para a expressão de sofrimento psíquico, funcionando como um suporte emocional essencial diante da ruptura dos laços sociais e familiares. Essa função, no entanto, é frequentemente exercida em condições institucionais adversas, sem estrutura adequada, supervisão contínua ou dispositivos coletivos de cuidado. A confiança construída no vínculo clínico, nesses casos, adquire contornos ético-afetivos profundos, pois, como sugere a experiência de Ramon, o profissional torna-se não apenas aquele que escuta, mas aquele que sustenta, simbolicamente, a dignidade da pessoa aprisionada em um ambiente onde o desamparo é a regra. Trata-se de um lugar de escuta que exige do profissional uma presença interessada, comprometida e não moralizante, capaz de acolher o sofrimento sem reduzi-lo a categorias diagnósticas ou meramente disciplinares.

No contexto da atenção em saúde no sistema prisional, independentemente da matriz teórica adotada - seja a Medicina Narrativa, a Política Nacional de Humanização ou as abordagens da escuta terapêutica -, o que se evidencia como central é a postura de um “interesse genuíno” pela história da pessoa privada de liberdade. Essa atitude, que pode ser descrita como uma forma de *atenção*

interessada, constitui a base para a construção de vínculos de confiança e reconhecimento mútuo em um cenário marcado por relações historicamente assimétricas, desconfiança institucional e violências acumuladas. Mais do que a adesão a uma técnica específica, essa disposição ético-afetiva permite que a escuta se configure como cuidado, abrindo espaço para narrativas que frequentemente são silenciadas ou deslegitimadas no interior do sistema prisional.

Considerações finais

A experiência do luto em contextos de privação de liberdade nos convoca a repensar não apenas as práticas de cuidado em saúde, mas também os dispositivos simbólicos que sustentam - ou interditam - a possibilidade de expressar a dor e de elaborar a perda. A narrativa de Ramon revela que o luto no cárcere ultrapassa a dimensão íntima e se inscreve em uma gramática social de exclusão, em que a morte do outro não encontra espaço para ser vivida, nomeada ou ritualmente reconhecida. Tal apagamento ritual e simbólico aprofunda a precariedade das vidas encarceradas, cuja humanidade parece, por vezes, suspensa pelas engrenagens de um sistema que naturaliza a dor como parte do castigo. Reconhecer o luto como um direito no interior das instituições totais é afirmar, antes de tudo, que nenhuma existência está fora do campo da dignidade humana.

Ao mobilizar ferramentas teóricas da Medicina Narrativa, da Psicanálise, da Antropologia e da Filosofia este artigo buscou evidenciar que o cuidado em saúde, quando sensível à escuta e ao sofrimento, pode constituir-se como um gesto ético e político. No encontro entre profissional e pessoa presa, especialmente diante de perdas irrecuperáveis, o ato de escutar torna-se uma forma de resistência simbólica ao silenciamento institucional. Nesses momentos, a escuta e o reconhecimento da dor não apenas reconfiguram o encontro clínico, mas também reencenam o pertencimento do sujeito ao laço social, ainda que temporariamente negado. Nesse sentido, a clínica não se limita à prescrição de condutas terapêuticas, mas se revela como lugar de produção de subjetividades e de afirmação da vida precária como vida legítima.

A precariedade discutida por Judith Butler torna-se aqui uma chave de leitura fundamental para compreender as hierarquias do luto e as políticas de reconhecimento da dor. Quando certas vidas não são consideradas dignas de luto, o sofrimento decorrente de sua perda é sistematicamente invisibilizado. No cárcere,

essa dinâmica se intensifica, uma vez que o próprio sujeito enlutado é alocado fora dos circuitos normativos de cuidado e expressão afetiva. O luto, então, torna-se clandestino, vivido às margens, entre lágrimas contidas e despedidas impossíveis. Cabe ao campo da saúde, particularmente à Saúde Prisional, reconhecer essa especificidade e construir dispositivos clínico-narrativos que resgatem, mesmo que fragmentariamente, o direito de sofrer e de ser escutado.

Por fim, é preciso afirmar que o luto no contexto prisional não é apenas uma experiência emocional individual, mas um campo profícuo para a problematização das políticas de cuidado, das práticas institucionais e das epistemologias que regem o reconhecimento do sofrimento humano. O caso de Ramon nos lembra que há gestos, por mais simples que pareçam, que operam como contradispositivos à desumanização: uma escuta, uma presença, um silêncio compartilhado. Ao legitimar o luto como parte da clínica e da Saúde Coletiva, abre-se caminho para práticas mais éticas e emancipatórias, capazes de afirmar que, mesmo sob o peso das grades, ainda é possível construir vínculos terapêuticos, cuidar da dor do outro e, sobretudo, reconhecer sua dignidade humana.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses entre os autores.

Declaração de dados

Os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito.

Declaração de Contribuição dos Autores

Concepção do trabalho: Ana Paula de Melo Dias.

Metodologia: Ana Paula de Melo Dias, Jorge Esteves Teixeira Junior, Bruno Pereira Stelet, Sandro Rogério Rodrigues Batista.

Validação: Ana Paula de Melo Dias, Jorge Esteves Teixeira Junior, Bruno Pereira Stelet, Sandro Rogério Rodrigues Batista.

Redação – Rascunho Original: Ana Paula de Melo Dias, Jorge Esteves Teixeira Junior, Bruno Pereira Stelet, Sandro Rogério Rodrigues Batista.

Redação – Revisão e Edição: Ana Paula de Melo Dias, Jorge Esteves Teixeira Junior, Bruno Pereira Stelet, Sandro Rogério Rodrigues Batista.

Referências

- 1 Freud, S. Luto e Melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1917 [1915] (impressão em 1976), v. XIV.
- 2 Dunker, Christian Ingo Lenz. Teoria do luto em psicanálise. *Pluralidades em Saúde Mental*, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 28–42, jul./dez. 2019.
- 3 Hertz, Robert. *Sociologia religiosa e folclore*. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 2016.
- 4 Butler, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- 5 Charon, R. et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford University Press, 2017.
- 6 Dahdah, D. F.; Bombarda, T. B.; Frizzo, H. C. F.; Joaquim, R. H. V. T. Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 1, p. 186–196, 2019.
- 7 Silva, Maria das Dores Ferreira da; Ferreira-Alves, José. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 3, p. 588–595, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/KjkY3DqVbyFpCv9wHXxLk7D/>. Acesso em: 23 maio 2025.
- 8 Bowlby, John. *Perda: tristeza e depressão*. Tradução de Maria da Graça B. da Costa. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Vol. 3 da trilogia "Apego e perda").
- 9 Worden, J. William. *Aconselhamento e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental*. Tradução de Cássia Maria Rodrigues da Silva. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- 10 Kübler-Ross, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Tradução de Patricya Travassos. 9. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.
- 11 Stroebe, M.; Schut, H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: rationale and description. *Death Studies*, v. 23, n. 3, p. 197–224, 1999.
- 12 Davis, Angela. *Estarão as prisões obsoletas?* Rio de Janeiro: DIFEL, 2020.
- 13 CNJ – Conselho Nacional de Justiça. *Relatório Justiça em Números 2020*. Brasília: CNJ, 2020.

- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 15 Goffman, Erving. Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- 16 Stelet, Bruno Pereira. Entre contos e contrapontos: medicina narrativa na formação médica. Curitiba: Appris Editora, 2021.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. (Cadernos HumanizaSUS). Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo-digital-de-humanizacao/>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- 18 Mesquita, Ana Cláudia; Carvalho, Emília Campos de. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127–1136, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5WwTvQ5q7F6qvhBrDMLWBcG/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2025.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.