

VÁRIA | JUNHO 2025

A INVENÇÃO DO LUTO SAUDÁVEL: REPERCUSSÕES PARA A EXPERIÊNCIA DE PAIS E MÃES ENLUTADOS

LUÍS HENRIQUE FUCK MICHEL*

Universidade NOVA de Lisboa (UNL)

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA)

Bolseiro de doutoramento - Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Ref. UI/BD/151394/2021)

Resumo

O artigo propõe-se verificar empiricamente as repercussões do conceito de luto saudável, identificando os efeitos da medicalização do luto para a experiência de pais e mães que perderam os seus filhos. Para tanto, utiliza uma abordagem qualitativa e microsocial, com dados coletados por meio de 33 entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados através de técnicas de análise de conteúdo e revelaram que a lógica médica de apreensão do luto não se impõe de modo homogêneo, havendo resistência por parte dos enlutados em conceber seu sofrimento exclusivamente por este viés.

Palavras-chave: luto saudável, medicalização, psicologização, construtivismo

Abstract

The invention of healthy grief: repercussions for the experience of bereaved parents

The article aims to empirically verify the repercussions of the concept of healthy grief, identifying the effects of the medicalisation of grief on the experience of parents who have lost their children. To this end, it employs a qualitative and microsocial approach, with data collected through 33 semi-structured interviews. The data were analysed using content analysis techniques and revealed that the medical logic of apprehending grief is not imposed in a homogeneous manner, with the bereaved resisting the conception of their suffering exclusively through this lens.

Keywords: Healthy grief, medicalisation, psychologization, constructivism

* E-mail: luis.hfmichel@gmail.com | ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5063-9502>

Résumé

Invention du deuil sain: répercussions sur l'expérience des parents en deuil

L'article se propose de vérifier empiriquement les répercussions du concept de deuil sain, en identifiant les effets de la médicalisation du deuil sur l'expérience des parents ayant perdu leurs enfants. À cette fin, il utilise une approche qualitative et microsociale, avec des données recueillies au moyen de 33 entretiens semi-structurés. Les données ont été analysées à l'aide de techniques d'analyse de contenu et ont révélé que la logique médicale d'appréhension du deuil ne s'impose pas de manière homogène et que les personnes en deuil résistent à concevoir leur souffrance exclusivement à travers ce prisme.

Mots-clés: Deuil sain, médicalisation, psychologisation, constructivisme

Introdução

O conceito de luto saudável atravessou o último século longe de consensos no campo dos *saberes psi*, emergindo sempre em oposição a diferentes concepções de luto patológico. Freud (1917/2010) introduziu a distinção entre luto e melancolia, descrevendo o primeiro como uma reação normal à perda, que não requeria tratamento médico. Bowlby (1980), por sua vez, sugeriu que o luto era uma resposta natural à separação de uma figura de apego, ocorrendo num processo que teria diferentes fases. Para ele, o luto patológico envolveria distorções desse processo. Ainda que ambos os autores reconhecessem que o luto provocava um afastamento da conduta normal da vida, também entendiam essa reação como natural e saudável. Engel (1961) rompeu com esse modo de compreensão ao comparar o luto com condições patológicas que exigiam um período de adaptação. O psiquiatra argumentou que o luto poderia ser considerado uma doença, pois o período de recuperação que o caracterizava contemplaria uma série de sintomas que, se não tratados, poderiam ser agravados, acarretando até mesmo a morte.

A distinção entre luto saudável e patológico ganhou relevo com a inclusão de um diagnóstico denominado Luto Complexo Persistente nas últimas versões do Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022). Por um lado, a nova classificação respeita a concepção de que, até determinado período de tempo, certas reações à perda são naturais e esperadas. Porém, passado um período específico, essas mesmas reações podem ser consideradas sintomas da nova patologia. Com o estabelecimento de critérios diagnósticos para o luto patológico respaldados por reconhecidas entidades, estamos perante a institucionalização do luto como doença.

O domínio dos saberes psi sobre o luto oculta outros modos possíveis de apropriação do fenômeno, sendo atualmente difícil pensá-lo por outras vias que não a do binômio saúde-doença. A criação de um diagnóstico é o reflexo mais evidente de um poder-saber que normatiza as expressões do luto através do processo de medicalização. Com o intuito de desnaturalizar o conceito de luto saudável, nos propomos verificar como essas normas se instauram e são interiorizadas pelos indivíduos e, ao mesmo tempo, desvelar as ações que desafiam a racionalidade biomédica e as categorias médicas criadas por ela.

1. A medicalização do luto

A diferenciação entre luto saudável e patológico é uma questão contemporânea, somente possível a partir de uma concepção moderna do luto. Tal concepção se ancora num universo simbólico mais amplo, uma realidade socialmente construída, que está em constante atualização. De acordo com a perspectiva construtivista, a construção da realidade ocorre pela interação dos seres humanos com os outros e o mundo, o que resulta em novos conhecimentos que são institucionalizados, à medida que se tornam aceitos e partilhados por outros indivíduos (Berger e Luckmann, 1985/2003). O construtivismo nos auxilia a compreender o processo dinâmico pelo qual as sociedades ocidentais modificaram sua maneira de conceber e lidar com o luto ao longo dos séculos. Nesse processo incessante de construção da realidade, deixamos de apreendê-lo da maneira familiar e ritualizada como se dava no período medieval, passando por períodos de exacerbação de sentimentos e demonstrações públicas de pesar, até chegarmos ao período moderno, em que o luto passou a ser concebido como um fenômeno interdito e medicalizado (Ariès, 2012). Assim, podemos dizer que as convenções sociais acerca do luto foram se modificando, adquirindo outros significados sob a mediação de diferentes instituições (Lund, 2021; Walter, 2000, 2006).

A concepção de luto saudável só faz sentido, portanto, a partir do universo simbólico vigente em uma sociedade pós-industrial, secularizada e positivista, que demanda respostas técnicas para seus problemas, exercendo através da ciência o seu domínio sobre a natureza e os indivíduos (Illich, 1975; Zola, 1972). Assim, as convenções acerca do luto se coadunam em torno da instituição médica, agência de controle por excelência desse tempo no qual a realidade procura legitimação através da ciência. É justamente nesse momento em que a medicina se torna a agência de controle hegemônica nas sociedades ocidentais que o processo de medicalização passa a avançar

sobre o luto.

A medicalização pode ser definida como um processo em que um problema não médico passa a ser definido e tratado como um problema médico (Conrad, 2007). Isso ocorre pelo uso da linguagem e do enquadramento médico para abordá-lo e compreendê-lo e por intervenções médicas para tratá-lo (Conrad, 2007). Alguns autores, como Sholl (2017), ressaltam que a medicalização é um fenômeno mais amplo do que a patologização e que, embora ambos estejam conectados, nem sempre se sobrepõem. Outros destacam a evolução do conceito e do próprio processo de medicalização ao longo do tempo (Zorzanelli, Ortega e Júnior, 2014). Em um primeiro momento, associado às intervenções sanitárias de larga escala que estruturam o Estado-nação, o conceito operava segundo uma lógica de controlo social, em que o saber e a prática médica eram empregados para normatizar comportamentos. Posteriormente, sobretudo com a emergência da noção de risco e o advento das novas biotecnologias, passou a imperar um modelo de responsabilidade individual pela saúde e de cultivo do corpo ideal. Isso também se tornou possível por conta da intensificação do processo de individualização nas sociedades modernas, que fomentou o desenvolvimento da noção de um “eu” interior, além de enfatizar valores como a liberdade e a autonomia (Duarte, 2003; Vieira e Russo, 2019). Nessa nova configuração, a medicalização se tornou um processo cada vez mais irregular, infiltrando-se em todos os espaços sociais e integrando-se ao cotidiano dos indivíduos (Zorzanelli *et al.*, 2014).

Quando a medicalização incide especificamente sobre o luto, a experiência do enlutado é reorganizada segundo um regime biomédico. Isso ocorre devido ao fato de a medicina atuar como uma realidade simbólica que, ao interagir com outros sistemas de significação, não apenas reflete mas também reconfigura as experiências humanas (Kleinman, 1973). A reconfiguração da experiência subjetiva do luto conta com a participação direta dos saberes psi, que fornecem os conceitos e as técnicas que propiciam a gestão das emoções dos enlutados em termos de saúde e doença (Machado e Menezes, 2018). A difusão e a institucionalização desses saberes fazem parte de um processo designado por psicologização, que opera como um mecanismo da medicalização, ao interpretar sofrimentos e comportamentos dentro de marcos psicológicos que, por sua vez, podem justificar intervenções médicas e terapêuticas (Vieira e Russo, 2019). A apropriação e a aplicação a si mesmos desses conceitos especializados apontam para a possibilidade de uma nova forma de governança da vida, que molda identidades e experiências subjetivas (Rose, 2001). Cabe, portanto, verificar empiricamente os efeitos

da normatização do luto a partir da experiência de pais e mães enlutados. Com esse intuito, questionamos: “Como é que os enlutados lidam com a ideia de luto saudável?”

2. Metodologia

O presente artigo se originou de uma pesquisa desenvolvida pelo autor no âmbito de seu doutoramento, que tem a temática da medicalização do luto incluída em seu escopo¹. Assim como na pesquisa que lhe deu origem, optou-se por focar especificamente o luto parental, eliminando variáveis relacionadas ao tipo de perda. O luto parental é apontado pela literatura como um dos lutos mais intensos, exercendo um impacto profundo sobre o sistema familiar e representando os maiores riscos para a saúde dos enlutados (Davies, 2004; Denhup, 2017). Além disso, esta perda provoca uma mudança significativa na construção identitária, colocando os enlutados numa condição ambígua, em que tentam preservar os laços com o/a filho/a falecido/a e o papel social de pais e mães, ao mesmo tempo que enfrentam a ausência e a falta de reconhecimento social da sua paternidade/maternidade (Filho e Lima, 2017). Devido a essa condição complexa, pais e mães enlutados podem desviar-se das normas do “luto saudável”, tornando-se um grupo privilegiado para que se verifiquem os avanços e as resistências ao processo de medicalização do luto.

A abordagem qualitativa e microsocial adotada propiciou que se pudesse compreender profundamente as experiências dos participantes. Antes da etapa de recrutamento, o pesquisador (psicólogo, com experiência prévia de investigação na área do luto) frequentou grupos de entreajuda para enlutados como ouvinte, o que facilitou a criação de um relacionamento de confiança com tais grupos. A seleção dos participantes foi realizada através de uma amostragem por conveniência intermediada, contando com a indicação das coordenadoras dos grupos de entreajuda acompanhados. Ao todo, foram selecionados 12 pais e 21 mães, com idades compreendidas entre 43 e 85 anos, que perderam seus filhos por diferentes motivos (acidente, doença, homicídio ou suicídio). A duração do luto dos participantes variava entre 10 meses e 30 anos.

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas presenciais, conduzidas em locais escolhidos pelos próprios participantes,

1 A tese de doutorado intitulada “Luto e género: a experiência emocional de pais e mães enlutados” tem por objetivo compreender o modo como o género estrutura a experiência emocional no luto parental. Além da medicalização, o estudo possui outras dimensões de análise. No âmbito dessa pesquisa, foram realizadas 33 entrevistas com pais e mães enlutados.

entre abril e outubro de 2022. As entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento prévio dos participantes, que assinaram o Consentimento Informado Livre e Esclarecido antes do início das gravações. O guião das entrevistas incluiu perguntas que exploravam as concepções dos enlutados sobre o conceito de luto saudável, a avaliação do próprio estado de saúde durante o luto, a procura por leituras e ajuda especializada, o encaminhamento para serviços de saúde, a utilização de medicamentos e a participação em grupos de entreajuda. Cada participante foi entrevistado uma única vez. As entrevistas duraram entre 1h17 e 3h09, com uma duração média de 1h50.

A análise dos dados ocorreu por técnicas de análise de conteúdo, baseadas nos paradigmas da análise compreensiva e indutiva (Guerra, 2006). O processo analítico seguiu cinco etapas principais: primeiro, a transcrição integral do material gravado; em seguida, a leitura cuidadosa das entrevistas e a codificação das unidades de registo a partir das problemáticas e temáticas abordadas pelos participantes; na terceira fase, foram construídas sinopses das entrevistas, que continham uma descrição fiel das temáticas e problemáticas mencionadas; a quarta etapa envolveu a análise descritiva, onde os dados foram agrupados com base em elementos dominantes e sociologicamente relevantes; por fim, a análise interpretativa consistiu na articulação entre teoria e empiria, proporcionando uma interpretação sociológica do material recolhido (Guerra, 2006). Os dados foram geridos com o auxílio do software MAXQDA, o que facilitou a organização e a análise do conteúdo.

Importa ainda referir que a investigação foi aprovada pelos comités de ética dos dois países onde foi conduzida. No Brasil, a aprovação foi concedida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o parecer nº 5.683.105, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Em Portugal, a aprovação foi obtida pela Divisão de Apoio à Investigação da Divisão de Apoio à Investigação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (NOVA FCSH), conforme parecer n.º 08/CE_NOVAFCSH/2022, atendendo aos requisitos do Código de Ética da Universidade, em particular no que diz respeito à investigação com seres humanos, conforme estabelecido no Despacho n.º 15464/2014.

3. Resultados e Discussão

O *corpus* da investigação foi dividido em duas dimensões principais que emergiram da relação entre os dados empíricos e o conceito de medicalização

elaborado por Conrad (2007). De acordo com a definição de Conrad, o processo de medicalização contempla o uso de linguagem e enquadramento médico para abordar um problema e de intervenções médicas para tratá-lo. Assim, os resultados do estudo serão apresentados e discutidos a partir das seguintes dimensões: (1) Linguagem e enquadramento e (2) Tratamento.

Linguagem e enquadramento

1) Concepção de luto saudável

Foi possível identificar dois grupos de respostas entre os participantes no que se refere à concepção que tinham de luto saudável. Um casal (E1, E5), cada qual em sua entrevista, compartilhou a opinião de que não há maneira saudável de lidar com o luto: *“Pra mim, o luto nunca é saudável. (...) Não consigo imaginar nenhum luto saudável. É uma pergunta que me transcende”* (E1). *“Se alguém descobrir, só se... só se alguém desse uma droga, fizesse esquecer tudo e o seu viver no mundo... sem memória e sem... e então... por isso, não era viver, era a pessoa estar ausente, etc.”* (E5).

Os relatos apresentados revelam a percepção dos entrevistados quanto à impossibilidade de cura da condição de enlutados. Esse entendimento parte da noção de que o luto, diferente de outros transtornos, não permite o reestabelecimento de uma condição de vida anterior em que se era saudável – visto que essa só poderia acontecer pelo retorno do ente querido que faleceu (Michel e Freitas, 2019).

Outros participantes, embora tenham reconhecido prejuízos que tiveram na saúde durante o luto, não classificaram as suas experiências como não saudáveis ou patológicas. Os entrevistados atribuíram sentidos ao conceito de luto saudável que iam além do proposto pelo paradigma biomédico, apontando para aspectos culturais e sociais que fazem parte da experiência de enlutamento. Dentre as condições apontadas como importantes para a vivência do luto, foi ressaltada a possibilidade de expressão das emoções e externalização da dor diante de pessoas compreensivas: *“Não tem mágica, não tem remédio, não tem médico... É você ter essa oportunidade. Porque uma coisa é certa. Quem perde uma pessoa querida quer continuar falando dela a vida toda”* (E27). Esta afirmação parece se contrapor a uma tendência identificada pela literatura de perceber as emoções do luto, em termos de patologia, como problemas que necessitam ser resolvidos (McCreight, 2008), estando mais alinhada a uma concepção elaborada por Walter (1996), para quem o propósito do luto é a construção de uma biografia duradoura que permita aos vivos integrar a memória dos mortos em suas vidas – o que se

alcançaria a partir da possibilidade de se falar sobre eles.

Outros aspectos, como a fé e a presença de uma rede de apoio, foram apontados como recursos que contribuem para a experiência de luto, mais uma vez transpondo a perspectiva biomédica acerca do fenômeno, caracterizada pelo pensamento dual que opõe normalidade e patologia e por sua racionalidade de caráter generalizante, mecanicista e analítica (Camargo Jr, 2005). Esses dados vão ao encontro dos resultados encontrados em uma pesquisa realizada sobre o luto de famílias no contexto da covid-19 (Araújo e Junior, 2023), na qual a religião foi mencionada como uma importante fonte de apoio emocional, assim como a possibilidade de frequentar espaços onde se possa expressar o luto e receber suporte social.

Os relatos dos participantes, portanto, revelaram diferentes modos de relação com o conceito de luto saudável. Para alguns, essa maneira de enquadrar o luto pela perda de um/a filho/a não fazia qualquer sentido, sendo veementemente rejeitada. Para outros, porém, reconhecia-se a possibilidade de integração de diferentes modos de significar o sofrimento vivido, que poderiam coexistir ou não com os sentidos oriundos de uma abordagem biomédica.

II) Prejuízos para a saúde durante o luto

Os participantes da pesquisa reconheceram que o luto pode impactar a saúde individual, além de dificultar o desempenho de papéis sociais e a gestão das emoções. Eles relataram que o luto provocou uma degradação da saúde em termos físicos, psicológicos e mentais. Foram mencionados comportamentos de autonegligência em relação à alimentação, higiene, sono e relações sociais (isolamento social). Um pai entrevistado também afirmou que se sentiu traumatizado, louco e depressivo durante o período inicial do luto e que chegou a fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas.

A dificuldade em retomar as atividades cotidianas (acompanhada pela sensação de ausência de propósito) também foi apontada pelos participantes. Esse prejuízo de funcionamento, que impossibilita o retorno à vida produtiva, é considerado um problema de saúde que os enlutados devem se esforçar por superar de modo suficientemente rápido, especialmente nas sociedades ocidentais (Granek, 2015). Dentre as pessoas entrevistadas, uma mãe afirmou que a dificuldade em retomar a vida estava associada à sua idade avançada e o seu contexto atual (reformada, sem filhos para criar), ressaltando a interferência desses aspectos na sua experiência de luto. Por outro lado, entre os participantes que conseguiram voltar às suas atividades

profissionais, também foi revelado o receio de que o trabalho emocional realizado nesse âmbito (com a supressão das emoções) pudesse ser prejudicial à saúde. Ou seja, mesmo reagindo de acordo com o que seria clinicamente visto como adequado, o receio pelo estado de saúde permaneceu existindo.

A não expressão dos sentimentos foi um tema abordado com frequência ao longo das entrevistas como motivo de preocupação, sendo percebido por alguns participantes como algo danoso à saúde. Essa percepção se insere num contexto mais amplo em que a subjetividade é regulada por discursos biomédicos e psicológicos que definem estados emocionais normativos e patologizam formas de sofrimento que escapam a esses parâmetros. Como argumenta Rose (2001), o bem-estar emocional é cada vez mais medicalizado e os indivíduos são encorajados a monitorar suas emoções como parte de um projeto de autogestão da saúde. Os entrevistados mencionaram diferentes estratégias para lidar com a questão, aprendendo a expressar as emoções a partir da participação em grupos de entreaajuda, ou procurando manter-se ocupados, de modo a distanciarem-se dos sentimentos ligados ao luto.

As dúvidas sobre o que seria um comportamento pouco saudável estiveram presentes em alguns relatos, como o seguinte: *“A minha maneira de ser, tem... tem estado a piorar. Tem estado a piorar. Ou, se calhar, é o estado normal! De uma mãe em luto, não é? A maneira anormal era o que eu estava antes do que ‘tar nisso’*” (E2). Questionamentos sobre o que pode ser considerado normal ou não são recorrentes em situações de mudança de contexto. No caso do luto, por exemplo, comportamentos que são considerados saudáveis durante os primeiros meses de luto passam a ser vistos como patológicos de acordo com os parâmetros dos manuais diagnósticos (American Psychiatric Association, 2022; Thoits, 1985; World Health Organization, 2022).

Ainda que reconhecessem comportamentos como pouco saudáveis, foi interessante notar a intenção de alguns participantes em não os alterar, aceitando-os como parte da maneira que encontraram para lidar com seus respectivos lutos: *“Continuo a querer estar sozinha. Eu sei que não me faz bem”* (E1). *“Acho que, cada vez que eu deixo de chorar, eu endureço mais. (...) Fiquei assim e acho que é a minha forma de lidar com o sofrimento, né?”* (E16). Um dos participantes acrescentou que o vazio decorrente da perda é uma característica intrínseca ao luto e que, embora prejudicial à saúde, não pode ser superado: *“O luto é prejudicial à saúde? É sempre. Quer dizer, é uma constante. (...) Há um buraco. E esse buraco não é preenchido. Nem ninguém pode preencher”* (E5).

Os relatos dos entrevistados demonstram que o discurso público acerca do luto, fundamentado pela perspectiva biomédica e difundido pelo processo de psychologização (Machado e Menezes, 2018), se faz presente nos discursos de pais e mães enlutados (Walter, 2000), quer pela linguagem médica utilizada (Faria e Lerner, 2019), quer pela responsabilização moral pelo próprio estado de saúde (Clarke *et al.*, 2003; Rose, 2001). Ainda que sem conseguir romper essa lógica, foi possível identificar resistências por parte dos participantes que reivindicaram para si o direito de vivenciarem o luto da maneira que mais lhes convinha – mesmo quando percebida como pouco saudável pelo saber biomédico. Isso demonstra, conforme aponta Walter (2006), que a aceitação da legitimidade do sofrimento provocado pelo luto pode ser um objetivo mais útil aos enlutados do que as propostas de restituição de saúde prescritas pelas teorias psicológicas/psiquiátricas.

III) A busca por explicações científicas para o luto

As teorias psiquiátricas são predominantes na literatura acadêmica sobre o luto e já se encontram disseminadas na literatura popular (Walter, 2000). Dentre os participantes da pesquisa, metade relatou ter procurado explicações científicas acerca do luto ou ter deparado com elas ocasionalmente. A procura por informação foi motivada pelo desejo dos pais e mães enlutados de encontrarem entendimento do que estavam vivenciando, além de validação daquilo que estavam sentindo. Esse dado corrobora a tese de Walter (2000) de que tais teorias vieram a preencher um espaço deixado pelos ditames do luto social, num momento em que os ritos do luto se enfraqueceram, fornecendo orientação aos enlutados e garantias sobre o seu progresso: *“E eu ficava, praticamente, o dia inteiro na internet. Luto, fases do luto, porquê do luto, o qu’ê que você sente... Quer dizer, um monte de informação, assim, aleatória”* (E27). Além da internet, os entrevistados relataram ter encontrado informações científicas sobre o luto através de grupos de entreeajuda: *“Porque eu não sei se o (entrevistador) sabe que o luto tem várias fases. (...) a Associação (de entreeajuda) tem isso... vivamente... no papel. Têm várias fases. E nem todos os pais passam pelas fases da mesma forma”* (E2).

As referências teóricas descobertas podem reforçar a perpetuação do discurso biomédico ao oferecerem um modo de legitimação para as experiências dos enlutados (Faria e Lerner, 2019; Parsons, 1951). Ao mesmo tempo, a experiência pessoal e o acesso a outras abordagens do fenômeno possibilitam o questionamento desse discurso e um posicionamento crítico

ante ele (Walter, 2000):

A própria cultura da morte passou por uma série de etapas aonde... na Antiguidade, a cultura da morte era uma, né? Você cultuava a morte, né? (...) Então era no âmbito familiar. Hoje, não. Hoje nós estamos numa fase em que se cultua a vida e não a morte! Porque hoje você tem hospitais, você tem tecnologia. Você tem milhares de médicos, de especialidades, etc. Se você ficou doente, você vai procurar o médico tal. (E27)

O luto sempre existiu, mas as normas e regulamentos sociais que o moldam estão constantemente a mudar (Lund, 2021). A busca por informações científicas como fonte de orientação é um reflexo do nosso tempo de luto medicalizado e psicologizado, em que o saber especializado se coloca como guião para o governo da própria subjetividade (Machado e Menezes, 2018), substituindo as normas religiosas e comunitárias das sociedades tradicionais (Walter, 2000). Ainda assim, esse discurso técnico não é passivamente incorporado. Enquanto alguns enlutados estruturam suas experiências a partir de conceitos derivados das teorias psi, outros questionam e criticam tais tentativas de teorização (Walter, 2000).

Tratamento

1) Encaminhamentos e recomendações

Os entrevistados também relataram como chegaram aos profissionais que consultaram. Alguns seguiram recomendações de amigos e colegas de trabalho. Outros foram encaminhados por profissionais da área da saúde. Essas recomendações e encaminhamentos aconteceram logo após a morte dos filhos, durante o período inicial do luto, ou a partir de momentos em que o assunto da perda era abordado e a emoção vinha à tona (criando desconforto no interlocutor): *“Eu fui falar com ela (acupunturista), chegamos aonde chegou. (...) No (filho que faleceu). E aí comecei a chorar. (...) Ela falou pra mim. Pra mim fazer o psicólogo, né?” (E14).*

De maneira geral, é possível notar que os comportamentos dos pais e mães enlutados são identificados como inadequados primeiramente por pessoas de seu convívio – um fenômeno que podemos definir por *controle relacional*. Este é um modo de controle social informal que ocorre nas interações quotidianas, cumprindo a função de inibir comportamentos desviantes e encorajar a conformidade (Conrad e Schneider, 1992). A expressão recorrente e prolongada de sentimentos negativos – frequente nos casos de luto parental – é avaliada como desagradável e inadequada pelos

demais, rompendo com regras de convivência culturalmente aceitas (Thoits, 1989). A sensação de incapacidade para prestar o suporte necessário nessas situações precede as recomendações para que os enlutados consultem um especialista da saúde. Assim, abre-se caminho para um controlo formal, mediado pela instituição médica (Conrad e Schneider, 1992).

A maneira como os encaminhamentos e recomendações são feitos aos enlutados indica que a medicalização do luto conta com o apoio do controlo relacional para exercer o seu domínio. A expressão do luto, conforme apontado por Walter (2000) e pelos participantes da presente pesquisa, é culturalmente regulada por convenções e normas familiares, que frequentemente atuam como “policiadores” das emoções dos enlutados. Ao invés de a pressão para conformar-se a determinadas formas de luto vir diretamente de médicos ou psiquiatras, é comum que essa coerção parta dos outros membros da família, que desempenham o papel de vigiar e ajustar as manifestações de tristeza (Walter, 2006). Embora tal coerção possa partir do descumprimento de regras de sentimento² no âmbito social-situacional (Hochschild, 2003) – que contemporaneamente tem a discríção como norma para expressão do luto (Koury, 2014) –, é possível que tal comportamento também seja considerado inadequado do ponto de vista clínico (sendo interpretado como um sintoma de luto prolongado, por exemplo).

II) Procura ou recusa de ajuda

A perda de um/a filho/a representa uma mudança normativa de identidade (Filho e Lima, 2017). Em períodos de grandes transformações como essa, é esperado que a pessoa se questione sobre quais seriam os sentimentos apropriados nesse contexto. Soma-se a isso o fato de que comportamentos considerados adequados num período inicial do luto são reconhecidos como inadequados com o passar do tempo, de acordo com a lógica dos manuais diagnósticos, o que pode gerar insegurança. Isso leva muitos indivíduos a procurarem ajuda e orientação de profissionais da saúde, sobretudo diante do enfraquecimento das normas que regiam o luto social (Thoits, 1985; Walter, 2000). Assim, é possível e expectável que os enlutados depositem em especialistas as suas esperanças de alguma resposta técnica ou conselho que os ajude a lidar com o luto: *“Fomos ao psicólogo e... (longa pausa) Quer*

2 Regras de sentimento são normas culturais que orientam o modo como as emoções devem ser experienciadas e expressas em diferentes contextos sociais. A adequação emocional pode ser avaliada a partir de três critérios: (a) adequação clínica, que define se um sentimento é esperado dentro dos padrões de normalidade psicológica e saúde emocional; (b) adequação moral, que determina se a emoção é eticamente legítima; e (c) adequação social-situacional, que se refere à conformidade do sentimento com as normas específicas do contexto em que ocorre (Hochschild, 2003).

dizer, fui lhe perguntar o que é que... queria saber o que havia de fazer, o que é que... Porque, assim, a pessoa fica sem um filho... e agora?” (E2).

Dentre os participantes, era frequente a procura por ajuda especializada durante o luto, sobretudo de psicólogos. Também foram consultados psiquiatras e profissionais ligados a terapias alternativas – hipnoterapia, acupuntura e cromoterapia. Alguns participantes justificaram sua resistência à procura por especialistas, alegando que qualquer tratamento seria ineficaz, visto que não poderia trazer de volta à vida os filhos que faleceram: *“Tava lá uma psicóloga e eu disse: ‘Obrigada, eu não preciso de ajuda. Só quero o meu filho vivo. E isso a senhora não pode me dar’” (E1).* Outros revelaram sua preferência em receber ajuda de natureza espiritual: *“Fomos nos Centros Espíritos, tomar passe, essas coisas. Mas tratamento psicológico, não” (E14).* Esse relato sinaliza a existência da procura por opções de cuidado alternativas ao modelo médico, que reservam espaço a outros modos de significação do luto. Dados semelhantes foram encontrados na literatura, reforçando o papel da religião no cuidado ao luto, como fonte de apoio emocional e modo de atribuição de sentido ao sofrimento (Araújo e Junior, 2023).

O fato de a maior parte dos entrevistados ter recorrido a um especialista da saúde durante o luto aponta para a forte influência da terapêutica em seu projeto de normalização social (Berger e Luckmann, 1985/2003). Conforme ressaltado por Granek (2015), não há um problema em si na procura por ajuda especializada num momento de sofrimento. No entanto, a autora defende que a ênfase no tratamento do luto pode levar a mensagem de que ele é uma doença que requer cura e que o local adequado para se lidar com a perda é a terapia, num ambiente privado e com ajuda profissional. Apesar de os participantes da pesquisa terem recorrido a essa forma de ajuda, o questionamento da eficácia dos tratamentos, bem como a opção por terapias alternativas e de cunho espiritual, parecem apontar para outros modos de gerir o luto que não passam necessariamente pelos métodos e técnicas da ciência médica.

III) Avaliação da ajuda recebida

Ao procurarem ajuda, os participantes revelaram ter se deparado com a sensação de que não eram compreendidos pelos profissionais que os atenderam. De acordo com eles, profissionais que não tivessem passado por uma perda semelhante, nem se tivessem especializado na área do luto, não seriam capazes de acessar aquilo que estavam sentindo, impedindo o desenvolvimento do processo terapêutico: *“Será que ele perdeu o filho e*

sabe entender ou interpretar exatamente o que eu tô falando aqui? O que eu tô sentindo?” (E27). Esse relato retrata um dilema referente à legitimação do conhecimento acerca do luto, que recorre ora à especialização (saber institucionalizado), ora à experiência. Por vezes, a linguagem médica é utilizada pelos próprios enlutados para conferir legitimidade à experiência vivida. Em outros casos, a ausência de uma experiência pessoal de luto é suficiente para descredibilizar as intervenções propostas por um profissional (Faria e Lerner, 2019).

No que diz respeito especificamente à psicoterapia, foram encontradas avaliações opostas entre os relatos dos pais e mães enlutados. Para alguns (E1, E16, E27), a experiência não fez sentido, gerando apenas desconforto: *“Então aí, eu não me sentia confortável. Não gostava de ir lá e ficar falando, porque eu achava que não tinha sentido, né? Daí deixei de ir também”* (E16). Para outros (E2, E5), porém, a possibilidade de estar à vontade, num espaço de sigilo, foi importante para que pudessem expressar, compreender e validar os próprios sentimentos: *“Ele não fazia comentários. (...) ele até deixava eu... a pouco e pouco ia conversando, de maneira que... nós possamos abrir, expandir, dizer aquilo que estamos a dizer, chorar aquilo que estamos a chorar, estar à vontade...”* (E5).

Os entrevistados demonstraram que a psicoterapia pode assumir diferentes sentidos. Por um lado, pode servir aos objetivos da terapêutica, seguindo o referencial dos manuais diagnósticos e propondo um tratamento que leve à eliminação de sintomas à normalização dos comportamentos. Nesse caso, é comum que as pessoas enlutadas se sintam incompreendidas e que a experiência não seja percebida como positiva ou benéfica (Michel e Freitas, 2021). Por outro lado, quando a relação terapêutica reúne as condições necessárias (segurança, acolhimento, compreensão), promovendo um espaço onde se possa falar livremente sobre o ente querido que faleceu, a psicoterapia pode ser um instrumento de validação dos comportamentos apresentados (Walter, 2000; Michel e Freitas, 2021). Ainda que tal modelo terapêutico possa se antepor à patologização do luto, ele permanece inserido num contexto de medicalização do fenômeno (Sholl, 2017) e contribui para a sua normatização através de um processo de psicologização, no qual o indivíduo passa a regular suas emoções segundo os conceitos da ciência psicológica e a mediação de um especialista (Machado e Menezes, 2018; Rose, 2001). Do mesmo modo, ele encontra-se vinculado aos princípios individualistas que fundamentam a racionalidade biomédica, na qual a saúde se apresenta como um projeto pessoal (Duarte, 2003), privado (Granek, 2015), sem propiciar a integração social do sofrimento.

Por fim, no que diz respeito às terapias alternativas, os participantes avaliaram que o tratamento foi positivo ou indiferente: *“Sabe, sinceramente, viu? Não sei se ajudou ou se não ajudou”* (E14). Em todo o caso, os relatos demonstraram que havia pouco entendimento por parte dos entrevistados em relação ao processo terapêutico a que eram submetidos, com pouca ou nenhuma participação pessoal no tratamento: *“O qu’ê que ela está a fazer eu não sei, não faço a mínima ideia, mas sei que... na primeira sessão, senti-me melhor”* (E2). Nesse aspecto, as terapias alternativas pareceram se equivaler aos procedimentos heteronômicos adotados por especialistas da saúde (Illich, 1975; Michel e Freitas, 2019).

Os dados encontrados são reveladores da complexidade e irregularidade do processo de medicalização (Zorzanelli *et al.*, 2014). Em alguns casos, os sujeitos enlutados reivindicam o conhecimento sobre o próprio sofrimento e rejeitam a legitimidade de saberes especializados que não tenham a experiência vivida como fundamento. Em outros, assumem a posição de consumidores da saúde, exercendo sua liberdade para optar entre as diferentes ofertas terapêuticas disponíveis no mercado. Apesar de esses tratamentos adotarem diferentes abordagens, eles possuem em comum a proposta de regulação do sofrimento do luto a partir de intervenções que têm a intimidade do indivíduo enquanto alvo.

IV) Uso ou recusa de medicamentos

A medicalização do luto tem como um de seus efeitos o uso de psicofármacos (por prescrição médica ou automedicação) frente às respostas emocionais decorrentes da perda (Alves *et al.*, 2021). Rostila *et al.* (2018) identificaram um aumento acentuado da utilização de psicotrópicos entre mães e pais após o falecimento de um filho, com a percentagem mais elevada de uso de medicamentos acontecendo cerca de um ano após o falecimento. Dentre os entrevistados houve aqueles que afirmaram ter utilizado calmantes que lhes foram dados por pessoas próximas durante o velório (E8, E14). Um deles relatou ter continuado a utilizar essa medicação nos primeiros dias que se seguiram à perda: *“Tive que tomar calmantes para dormir, calmantes para acalmar, calmantes para conseguir descansar... Tive amigos médicos que logo trataram de mim”* (E8).

A resistência ao uso de medicação durante o luto foi diretamente abordada por alguns dos entrevistados (E1, E5, E26, E27). Entre as justificativas para a relutância em tomar remédios, podemos citar o receio de desenvolver dependência, o medo dos efeitos colaterais e os questionamentos sobre

a real necessidade de tomá-los, especialmente quando se tratava de medicamentos controlados:

Eu percebo que eu não estou precisando de remédio, (entrevistador). Poxa, não quero usar remédio pra isso! E outra, é tarja preta! Poxa, eu vou saber se eu não vou ficar dependente desse troço aí? (...) Ai, por desengano de consciência, saí da consulta, comprei aquele troço, vim pra casa... Falei: “Ah, não vou usar isso, não”. (E27)

Alguns participantes também alegaram ter recusado medicamentos por considerarem que eles não resolveriam a questão que deu origem ao sofrimento (a morte do/a filho/a). Ainda segundo essa lógica, os medicamentos seriam um modo de enganar-se, sem facilitar a experiência do luto, anestesiando sentimentos, mas sem fazê-los desaparecer: *“Tomar drogas não é saudável! É... é... digamos, adormecer... uma situação que está patente, permanente, está lá. Não desaparece”* (E5).

Os relatos dos participantes indicam que a utilização dos fármacos (sejam eles calmantes, antidepressivos ou ansiolíticos) é encorajada por amigos e prescrita por profissionais da saúde, se apresentando como uma possibilidade de resposta ao luto. Ainda assim, é possível notar que a intervenção medicamentosa foi um recurso pouco acessado pelos entrevistados, fosse por receio de seus efeitos colaterais, fosse por considerarem uma solução ineficaz ante o sofrimento da perda. Desse modo, suas opiniões sobre o tema parecem ir ao encontro da posição de *Alves et al.* (2021), que consideram o manejo fármaco-terapêutico do luto uma resposta simplista, injustificada e, em alguns casos, contraproducente.

V) Grupos de entreaajuda: “uma comunidade de sofredores”

Os grupos de entreaajuda para enlutados, embora não se enquadrem no campo dos tratamentos médicos/psicológicos, são frequentemente procurados por pais e mães em luto. A experiência de perder um/a filho/a costuma ser vivida de modo isolado por conta da singularidade da dor que não é facilmente compreendida por quem não passou por algo semelhante. Ao terem a oportunidade de se juntar a outras pessoas que também perderam um/a filho/a, esses pais e mães sentem uma forte sensação de coesão emocional, pois finalmente encontram pessoas que entendem sua dor (McCreight, 2008; Walter, 2000): *“Isto é uma forma de... saber que o nosso desgosto não é único! ‘Tamos inseridos em uma comunidade de sofredores’* (E1).

Grupos dessa natureza apresentam aos seus membros a oportunidade

de validação dos próprios sentimentos a partir de trocas recíprocas (McCreight, 2008; Walter, 2000): *“Porque eu tinha certeza absoluta que quem ‘tava me ouvindo entendia o que eu ‘tava falando, porque ela também teve uma perda igual a minha. E que o que aquela pessoa falava eu entendia e entendia mesmo! Porque eu sentia o que ela sentiu quando eu perdi o meu”* (E27).

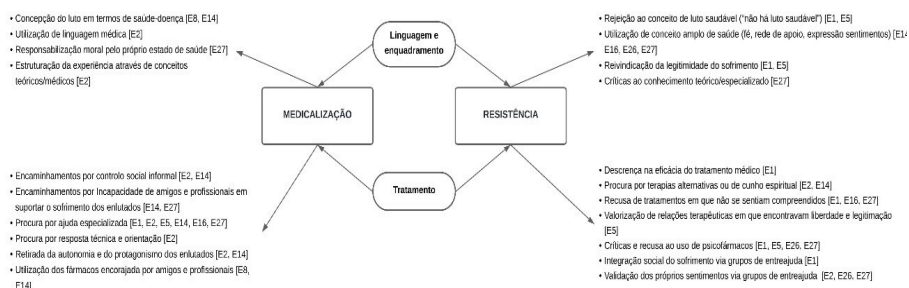
Comportamentos e sentimentos que poderiam ser considerados inadequados ou patológicos em outros contextos sociais são compreendidos e acolhidos nos grupos de entreaajuda: *“É um lugar que você pode chegar, pode falar, pode chorar! E ninguém vai ficar te julgando e nem te criticando, né?”* (E26). *“Aquilo é um espaço em que... dá, dá pra conversar, porque se eu contar isso ou aquilo a alguém... de família ou amigo, ficam sem olhar pra nós”* (E2). Essa possibilidade de partilha ocorre mesmo nos casos em que a perda já aconteceu há muitos anos: *“Se eu for ali pro meu cunhado e falar: ‘poxa vida, dez anos que eu perdi o meu filho, hoje eu tô arrasado, tô ruim...’, é comum ele dizer: ‘É, mas dez anos! Isso já faz muito tempo, né?’”* (E27). Distante dos controlos sociais, os grupos de entreaajuda se configuram enquanto um espaço social privilegiado para a comparação de comportamentos e a validação de experiências partilhadas (comumente vistas como desviantes) (Thoits, 1985). No contexto do grupo, a compreensão baseada na experiência pessoal tem mais autoridade do que o conhecimento abstrato de especialistas (Walter, 2000).

A diversidade presente nas circunstâncias das perdas, bem como no modo de lidar com o luto, pode dificultar a coesão dos grupos de entreaajuda e afastar alguns participantes. Isso ocorre porque, dentre uma grande comunidade de enlutados, existem sempre subgrupos, com características específicas. Em um amplo congregado de pessoas enlutadas, é mesmo possível e esperado que alguns subgrupos sejam excluídos ou escondidos, dificultando o processo de identificação (Walter, 2000): *“Não resultou, porque as pessoas iam para lá... com a sua catarse e... (...) nós temos conhecimentos dos azares que as outras pessoas tiveram, mas creio que já, às vezes, duma maneira um bocadinho... dramatizada”* (E5).

Por outro lado, a identificação com o grupo e sua proposta leva alguns de seus membros a permanecerem nesse espaço, reconhecendo a importância de sua manutenção: *“Porque, assim, a contribuição do grupo, assim... eles já fizeram muito por nós. Eu acho, sabe? Então hoje que a gente vai lá, é pra ajudar! Assim, como trabalho voluntário nosso”* (E26). Segundo McCreight (2008), a permanência duradoura nesses espaços sugere que

eles sejam centros de resistência ante o silenciamento frequentemente vivido por seus participantes em outros ambientes. Dessa forma, os grupos de entreaajuda favorecem a expressão das emoções do luto para além da racionalidade biomédica, sem percebê-las necessariamente como índices de uma patologia, nem como um problema a ser resolvido. Ainda assim, não se exclui a possibilidade de a linguagem médica/psicológica permear em alguma medida os discursos de seus membros, que podem recorrer de modo concomitante aos saberes e tratamentos especializados.

FIGURA I. RESULTADOS



Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

O presente artigo investigou empiricamente as repercussões do conceito de luto saudável na experiência de pais e mães enlutados. Os relatos revelaram a influência da racionalidade biomédica na descrição do luto, com a utilização de conceitos da medicina e da psicologia. O enquadramento da experiência em termos de saúde-doença sinaliza o avanço da medicalização/psicologização, em que os próprios enlutados recorrem aos saberes especializados para legitimar e estruturar o sofrimento decorrente da perda dos filhos, responsabilizando-se pela gestão emocional por meio de técnicas e orientações especializadas. Contudo, os dados indicam que esse processo não é uniforme, havendo resistência em reduzir o luto a um viés exclusivamente biomédico. Alguns participantes rejeitaram a noção de luto saudável, enquanto outros criticaram os tratamentos médicos e psicológicos, optando por alternativas, como a ajuda espiritual e os grupos de entreaajuda. Tais tensões revelam que a medicalização é permeada por nuances, permitindo que os indivíduos configurem com alguma autonomia os sentidos que atribuem ao próprio sofrimento. Por fim, a limitação da amostra restringe a

generalização dos resultados, exigindo novas investigações com outros perfis e contextos para ampliar a compreensão dos efeitos da concepção biomédica do luto no modo de apreensão do fenômeno por pessoas enlutadas.

Referências

- ALVES, Aline Martins; COUTO, Samuel Braatz; SANTANA, Mariana de Paula; BAGGIO, Márcia Raquel Venturini; GAZARINI, Lucas – Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*. [Em linha]. 37:9 (2021) 1–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133221>. ISSN 1678-4464.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. 5.^a ed. Washington: APA, 2022. ISBN 978-0-89042-575-6.
- ARAÚJO, Jamaika Ingrid de; JUNIOR, Gilmar Antoniassi – Famílias enlutadas: o processo de elaboração do luto em decorrência do óbito pela COVID-19. *Scientia Generalis*. [Em linha]. 4:2 (2023) 511–523. Disponível em: <https://doi.org/10.22289/sg.v4n2a45>.
- ARIËS, Philippe – *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. ISBN 9788520930953.
- BERGER, Peter Ludwig; LUCKMANN, Thomas – *A construção social da realidade*. 23.^a ed. Petrópolis: Vozes, 2003. ISBN 8532605982.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel de – A biomedicina. *Revista Saúde Coletiva* [Em linha]. 15 (2005) 177-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>
- CLARKE, Adele; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer – Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review* [Em linha]. 68:2 (2003) 161–194. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1519765>.
- CONRAD, Peter – *The Medicalization of Society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. ISBN 9780801885846.
- CONRAD, Peter; Schneider, Joseph – *Deviance and Medicalization – From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. ISBN 0877229988.
- DAVIES, Ruth – New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. 46:5 (2004) 506–513. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03024.x>.

- DENHUP, Christine Yvonne – A new state of being: the lived experience of parental bereavement. *Omega (United States)* [Em linha]. 74:3 (2017) 345–360. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0030222815598455>.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias – Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 8:1 (2003) 173-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100013>
- ENGEL, George – Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine* [Em linha]. 23:18 (1961) 18–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002>.
- FARIA, Aline Ferreira de; LERNER, Kátia – Luto e medicalização: gestão do sofrimento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Em linha]. 29:3 (2019) 1–18. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290317>
- FILHO, João Ferreira Coelho; LIMA, Deyseane Maria de Araújo – Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *Psicologia Argumento* [Em linha]. 35:88 (2017) 16–32. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.35.88.18432>
- GRANEK, Leeat – Mourning matters: women and the medicalization of grief. In MCHUGH, Maureen; CHRISLER, Joan (Eds.) – *The Wrong Prescription for Women: How medicine and media create a need for treatments, drugs, and surgery*. Santa Barbara: Praeger/ABC-CLIO, 2015. ISBN 9781440831768. pp. 257–275.
- GUERRA, Isabel Carvalho – *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso*. 1.ª ed. Cascais: Princípiá, 2006. ISBN 9789728818661.
- HOCHSCHILD, Arlie – Russell – *The Commercialization of Intimate Life: Notes from home and work*. 1.ª ed. Berkeley: University of California Press, 2003. ISBN 0520214889.
- ILLICH, Ivan – *A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
- KLEINMAN, Arthur M. – Medicine's symbolic reality. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy* [Em linha]. 16 (1973) 206-213. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00201747308601685>
- KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro – O luto no Brasil no final do século XX. *Caderno CRH* [Em linha]. 27:72 (2014) 593-612. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000300010>
- LUND, Peter Clement – Deconstructing grief: a sociological analysis of Prolonged Grief Disorder. *Social Theory and Health* [Em linha]. 19:2 (2021) 186–200. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00135-z>
- MACHADO, Renata de Moraes; MENEZES, Rachel Aisengart. Gestão emocional do luto na contemporaneidade. *Revista Ciências da Sociedade (RCS)* [Em linha]. 2:3 (2018) 65-94. Disponível em: <https://doi.org/10.30810/rcs.v2i3.622>

- MCCREIGHT, Bernadette Susan – Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland. *Omega: Journal of Death and Dying* [Em linha]. 57:1 (2008) 1–19. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/OM.57.1.a>
- MICHEL, Luís Henrique Fuck; FREITAS, Joanneliese de Lucas - A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP* [Em linha]. 30 (2019) 1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>
- MICHEL, Luís Henrique Fuck; FREITAS, Joanneliese de Lucas - Psicoterapia e luto: a vivência de mães enlutadas. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Em linha]. 41(spe3) (2021) 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189422>
- PARSONS, Talcott – *The Social System*. 2. ed. London: Routledge, 1951. ISBN 0203992954.
- ROSE, Nikolas – The politics of life itself. *Theory, Culture & Society* [Em linha]. 18:6 (2001) 1-30. Disponível em: <http://tcs.sagepub.com/content/18/6/1>
- ROSTILA, Mikael; MÄKI, Netta; MARTIKAINEN, Pekka – Does the death of a child influence parental use of psychotropic medication? A follow-up register study from Finland. *PLoS ONE* [Em linha]. 13:5 (2018) 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195500>.
- SHOLL, Jonathan – The muddle of medicalization: pathologizing or medicalizing? *Theoretical Medicine and Bioethics* [Em linha]. 38:4 (2017) 265-278. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11017-017-9414-z>
- THOITS, Peggy – Self-labeling processes in mental illness: the role of emotional deviance. *American Journal of Sociology* [Em linha]. 92 (1985) 221–249. Disponível em: <http://www.journals.uchicago.edu/t-and-c>.
- THOITS, Peggy – The sociology of emotions. *Annual Review of Sociology* [Em linha]. 15 (1989) 317–342. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.so.15.080189.001533>.
- VIERA, Isabel; RUSSO, Jane Araujo – Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Em linha]. 29:2 (2019) 1-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290206>
- WALTER, Tony – A new model of grief: bereavement and biography. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying* [Em linha]. 1:1 (1996) 7-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/713685822>
- WALTER, Tony – Grief narratives: the role of medicine in the policing of grief. *Anthropology and Medicine* [Em linha]. 7:1 (2000) 97–114. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/136484700109377>.
- WALTER, Tony – What is complicated grief? A social constructionist perspective.

OMEGA [Em linha]. 52:1 (2006) 71–79. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/3LX7-C0CL-MNWR-JKKQ>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. 11.^a ed. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

ZOLA, Irving Kenneth – Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review* [Em linha]. 20:4 (1972) 487–504. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio – O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface (Botucatu)* [Em linha]. 22:66 (2018) 721-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; JÚNIOR, Benilton Bezerra – Um panorama sobre as variações do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 19:6 (2014) 1859-1868. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

- Receção: 29.10.2024

- Aprovação: 19.03.2025