

A VIVÊNCIA DA MORTE NA CRIANÇA E O LUTO NA INFÂNCIA

2010

Trabalho realizado na cadeira de Psicologia Clínica e da Saúde
do 3º ano de Licenciatura de Psicologia

Ana Pedro
Andreia Catarino
Diogo Ventura
Fabiana Ferreira
Helena Salsinha

Licenciatura em Psicologia do Departamento de Psicologia
da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa, Portugal

Docentes:
Mestre João Taborda
Mestre Fátima Gameiro

Contacto:
ventura.dmb@gmail.com

RESUMO

Este trabalho de revisão bibliográfica consiste na compreensão da vivência da morte e do luto na criança. Pretende-se explicar e compreender como a criança internaliza a morte ao longo dos seus vários estágios de desenvolvimento, as capacidades e recursos mentais de que dispõe para gerir o sentimento de perda, os comportamentos e sintomas associados a dificuldades na elaboração do luto e as consequências e influências que todas as situações que a perda e o luto envolvem poderão ter na sua vida emocional e afectiva.

Palavras-chave: morte, luto, criança, família.

Na sociedade actual, o ser humano passa a maior parte do tempo a fugir ao tema da morte, refugiando-se num mundo fictício. A fuga a esse assunto revela o desencadear constante de mecanismos de defesa de identificação, identificar-se com personagens capazes de contornar os desígnios da morte, ou pela negação, lidando-se com a morte de um ente querido ou até com a própria morte através do silêncio, com a idealização errada de que não pronunciar o assunto

poderá evitar ou aliviar a dor e o sofrimento (Mendes, 2009). Kübler-Ross (1991) explica a abominação do Homem e o afastamento da morte através da impossibilidade, ao nível do inconsciente, de conceber a própria morte e o fim da vida como causa natural, sendo apenas reconhecida como uma acção de um terceiro praticada contra si. Na sociedade actual, pratica-se um estilo de vida que evita a aproximação e o tema da morte, crendo erradamente que privar e proteger a criança desta questão contribuirá para o seu conforto psíquico e protecção (Hoffmann, 1993; Kübler-Ross, 1991).

“O facto de permitirem que as crianças continuem em casa, onde ocorreu uma desgraça, e participem da conversa, das discussões e dos temores, faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes uma responsabilidade e luto compartilhado. É uma percepção gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer”. (Kübler-Ross, 1991, pg.18)

Esta expressão contrasta claramente com a sociedade dos dias de hoje, que encara a morte como tabu. A perspectiva e os trabalhos desta autora têm sido uma das maiores contribuições para implementar e mostrar a urgente necessidade de uma educação para a morte, no sentido de a integrar como uma inevitável e natural condição da vida, fazer o doente terminal atravessá-la de forma digna e pacífica na sua própria casa junto dos seus familiares e, no ponto em que este trabalho se centra, discutir e encará-la de uma forma natural junto das crianças, para que estas ganhem competências para lidar com as futuras perdas ou as eventuais perdas que estão de ultrapassar.

O luto é uma experiência natural e vivida de forma idiossincrática, normal quando consequência de uma perda ou de uma morte. Na concepção psicanalítica, o luto é um trabalho que o ego tem de fazer para se adaptar à perda de objecto amado. O processo de luto só se inicia quando há percepção da perda e consiste no desinvestimento e retirada gradual da libido do objecto perdido, possibilitando o posterior reinvestimento em novos objectos. Não implica o desligamento total com o objecto perdido, mas uma mudança de significado dessa ligação – uma mudança na relação objectal. É um processo de elaboração psíquica que depende da actividade do sujeito, que pode ser ou não bem sucedido (Freud, cit. por Franco & Mazorra, 2007). Para Bowlby (1990), o luto está associado a uma quebra de vínculo que é sentida como desamparo e aflição, podendo desencadear ansiedade de separação e pânico. Para o autor, a forma de a criança viver o luto sofre influência principalmente por dois aspectos: padrões de relação familiar anteriores (de base) e reestruturação do sistema familiar em consequência da perda. Quer isto dizer, a vivência da perda é influenciada, positiva ou negativamente, pelo padrão de vinculação que até então têm caracterizado as relações originais familiares e pela força e vigor dessa mesma vinculação. A perspectiva do luto do autor converge com a concepção psicanalítica no sentido da desvinculação dos laços afectivos com o objecto perdido:

“de acordo com Bowlby, uma inicial fase de protesto e tentativa de recuperar a figura de vinculação perdida é precedida de uma de desespero e depressão e, finalmente, uma desvinculação emocional da figura de apego.”

(Stroebe, 2002, cit por Silva, 2004, pg. 55)

Segundo Kübler-Ross (1991), as reacções emocionais e comportamentais da criança perante a morte não são equivalentes às dos adultos. A perda de um progenitor é diferentemente vivida consoante a idade e as vivências prévias da criança com questões da morte e perda, uma vez que estas preparam-na psicologicamente para encarar situações desta natureza.

“If the child is very young and has little time for bonding with a parental figure, almost any parent substitute like grandma can relatively easily replace a young mother, and the infant will not suffer or show any signs of mourning.”

(Kübler-Ross, 1991, pg. 73, cit por Macedo, 2004, pg. 115)

Refere Machado (2006) que a forma como ela vive o luto e representa internamente a morte variam de acordo com a idade, a personalidade, o estágio de desenvolvimento cognitivo e psicossocial, a intensidade com que ela vive e está próxima com esta crise e, também, com aspectos mais gerais como a cultura em que está inserida.

Para compreender a forma como a criança atravessa emocionalmente a perda e o luto é necessário conhecer, antes de mais, a forma como concebe a morte ao longo do seu desenvolvimento cognitivo. A internalização do conceito de morte envolve a capacidade de adquirir as noções de irreversibilidade, não funcionalidade e universalidade (Speece & Brent 1984, cit por Rezende 2007; Mendes, 2009). A irreversibilidade diz respeito ao factor permanente e não reversível da morte, a não funcionalidade remete para a aquisição da noção de que ela envolve a perda das funções vitais e a universalidade requer a compreensão de que todo o ser vivo tem inevitavelmente de morrer.

Ao longo do desenvolvimento do pensamento e da forma de abordar o mundo, a criança vai alterando e aperfeiçoando a sua concepção de morte. Até aos três anos de idade, os bebés sentem a perda no sentido da ausência temporária no mundo imediato da criança por parte das figuras significativas, não havendo distinção entre ausência temporária e morte (Bowlby, 1990).

Em idade pré-escolar, as crianças associam a morte a uma fase de grande tristeza, uma vez que é a emoção que lhes é espelhada pelos adultos, ainda assim não a reconhecem como irreversível (Machado, 2006). Esta incapacidade de conceber a irreversibilidade da morte faz com que as fantasias de voltar a estar com o falecido ou de retorno do mesmo não sejam apenas um desejo inconsciente, mas uma possibilidade consciente (Franco & Mazonra, 2007). Para Machado (2006), a criança acreditar no retorno do falecido deve-se a factos como os desenhos

animados representarem a ressuscitação e o retorno dos personagens após a morte, e também devido às explicações que muitas vezes os pais dão às crianças como por exemplo dizer que o falecido foi descansar, dormir, ou fazer uma longa viagem.

Com base em Piaget, Torres (2002) refere que a criança só concebe a morte como um fenómeno irreversível a partir do estágio das operações concretas, mais ou menos aos sete anos de idade. Aquisição esta que favorece a elaboração da perda (Franco & Mazorra, 2007) e que só é possível a partir da consolidação do pensamento reversível (Speece & Breente, 1984, cit por Nunes, et al, 1988).

Entre os cinco e os nove anos, a criança vai construindo uma representação da morte como algo irreversível, expressa pela manifestação de questões sobre o destino do falecido. Relativamente à noção da não funcionalidade, antes de entender a morte como o cessar das funções vitais, a criança atribui-lhe funcionamento biológico, principalmente para as funções cognitivas. Tem tendência para separar os aspectos cognitivos dos aspectos funcionais, pelo que na integração da não funcionalidade, primeiramente começa por entender a ausência da actividade funcional e só depois lhe associa a ausência da actividade cognitiva (Speece & Breente, 1984, cit por Nunes, et al, 1988). De acordo com Kübler-Ross (1991) aos seis anos, a criança tem uma tendência para personificar a morte, concebendo-a como efeito da acção de terceiros com o poder de a causar no outro, o que demonstra um pensamento ainda linear de causa efeito e uma tendência para abordar o mundo através do concreto. É frequente pensar que se evita a morte através de boas acções, uma vez que é concebida como punição de maus comportamentos.

No estágio pré-operatório a criança atribui a morte a seres inanimados e a seres animados, uma vez que não é capaz de os distinguir nem de partilhar a experiência do outro significativamente (Piaget, 1978, cit por Almeida, 2005). Até então a morte é concebida como uma eventualidade que pode ocorrer nos outros mas não no próprio nem naqueles que lhe são significativos (Machado, 2006).

Só entre os nove e os doze anos, na transição da última infância para a adolescência, se interioriza a morte como um fenómeno universal, irreversível e comum a todos os seres vivos (Machado, 2006). A capacidade de distinguir seres animados e inanimados, a noção de constância, conservação e tempo são aquisições que se revelam necessárias para o desenvolvimento de um conceito correcto do que é a morte (Almeida, 2005).

Como já referido anteriormente, as experiências e a aproximação à questão à morte têm influências na concepção interna da mesma. Investigações nesse sentido têm sido realizadas, como por exemplo a de Waechter (1971, cit por Torres, 2002) através de técnicas projectivas, e de Spinetta, Riger e Kazon (1974, cit por Torres, 2002) através do brincar, que concluíram que as crianças com doença crónica têm uma concepção mais amadurecida que as crianças saudáveis, pelo que esta experiência contribui para a internalização da mesma como um fenómeno irreversível.

Um estudo de Torres (2002) demonstra que, relativamente ao estágio pré-operatório, os resultados médios de crianças com doença crónica eram significativamente menores que os das crianças sem doença, concluindo que a notícia de doença crónica (devolução do diagnóstico) no período pré-operatório é desestruturante e lentifica a aquisição do conceito de morte – o que para o autor é explicado pelos movimentos defensivos que a criança mobiliza aquando desta. Contudo, os resultados demonstram que crianças com doença crónica, no período operatório concreto, revelam médias significativamente maiores do que as crianças saudáveis, ao nível das três dimensões do conceito de morte, concluindo-se que a desvantagem da notícia de morte, aquando do estágio pré-operatório, torna-se no seu oposto (vantagem) na transição para o estágio concreto, uma vez que o confronto com o sofrimento e a eminente morte conduzem ao amadurecimento do conceito.

Com o objectivo de conhecer a influência do nível socioeconómico, Torres (1979, cit por Torres 2002), numa perspectiva piagetiana, realizou um estudo que incidiu em crianças de nível socioeconómico médio/alto, através de um instrumento de sondagem do conceito de morte: foram identificados três níveis de concepção de morte associados aos níveis de pensamento pré-operatório, concreto e formal. Posteriormente, um segundo estudo incluiu também crianças de nível social e económico médio/baixo e registaram-se diferenças significativas entre as duas classes no conceito de morte, concluindo que o nível socioeconómico e o desenvolvimento cognitivo influenciam o conceito de morte na criança: as de níveis socioeconómicos mais baixos apresentam níveis cognitivos mais baixos e atraso na concepção da universalidade, embora um avanço na concepção da não funcionalidade da morte.

Independentemente do nível de concepção de morte que a criança já possa ter atingido, ela sofre sempre com a perda a nível afectivo e emocional. Simon (1986, cit por Louzette & Gatti, 2007) aponta para o facto de que para além da real perda, todo o universo interno fica destruído, em especial, nos casos de crianças em fase de dependência do outro (que faleceu) para a construção da sua identidade e de modelos para construção da personalidade. Quer isto dizer que a morte dos pais gera na criança um sentimento de desamparo e constitui uma ameaça física e emocional para esta porque, para além da perda, há uma mudança no quotidiano e da dinâmica familiar e, uma vez que os seus familiares atravessam uma fase de reorganização e adaptação à perda e não lhe dão a atenção de que necessita nem lhe asseguram as necessidades eficazmente, ela sente dupla perda e uma sensação de maior desamparo.

Alguns autores têm-se debruçado nas manifestações comportamentais e emocionais das crianças em fase de luto e perda. Serão em seguida apresentadas as perspectivas de Kübler-Ross e de Weizman e Kamm.

As etapas da morte de Kübler-Ross (1991; Mendes, 2009) referem a forma como o sujeito se posiciona ao longo do tempo em relação à notícia de uma morte eminente e a forma como experiencia emocionalmente e gere as suas expectativas e sentimentos em relação à morte – é uma forma padronizada dos comportamentos. A primeira etapa é a negação e isolamento, em que mecanismos de defesa são desencadeados perante o choque de uma situação inesperada. Esta

posição defensiva permite uma defesa temporária contra a ameaça externa, mas o teste da realidade obriga, com o passar do tempo, ao confronto da realidade, atenuando esse mecanismo de defesa e desencadeando-se outros menos radicais. A segunda etapa é a raiva, que surge como uma forma de substituição quando a negação não consegue mais ser mantida. Os sentimentos de raiva, ódio, inveja e ressentimento podem ser direccionados para o exterior ou para o interior, devendo-se ouvir e apoiar o sujeito, dando-lhe a oportunidade de os expressar. Toda esta expressão emocional revela uma revolta e conflito interno que se atenuará à medida que o sujeito a descarga. Quando esta diminuição acontece, o sujeito entra numa nova etapa – a negociação. O pensamento predominante nesta etapa é a de que entrando em algum tipo de acordo, o acontecimento inevitável será adiado. É comum o diálogo com Deus e as promessas de dedicação e sacrifício, em troca de mais algum tempo de vida, o que para a autora são manifestações que revelam que o sujeito já tem consciência do seu estado clínico e das consequências futuras desse estado. A depressão é a etapa que se segue e surge quando se torna impossível continuar a negar a doença, quando o sujeito é forçado a submeter-se à intervenção e hospitalização e começam a surgir os sintomas e a debilitação ou fraqueza associados. Além de que começa a haver um confronto com a real perda da vida e daqueles de quem se gosta. Para a autora, nesta fase o sujeito deve ser ouvido pelo outro de forma responsiva e disponível, para que se atinja mais rapidamente a última etapa. Essa é a aceitação, que consiste no fim da luta contra o inevitável e no surgimento de sentimentos de paz e de descanso final. Já se exteriorizou toda a raiva, ódio e inveja por aqueles que não têm de encarar a morte tão cedo, bem como lamentar a separação das pessoas queridas e, por isso, é possível esperar o fim de forma expectante mas tranquila.

Posteriormente, a proposta de Kübler-Ross, que se centra na perspectiva do doente terminal que recebe a notícia da sua eminente morte, foi estendida especificamente à situação de luto na teoria de Weizman e Kamm (1987, cit por Silva, 2004). Nessa concepção, a manifestação do luto é esquematizada pelas seguintes fases: choque, desconcerto, raiva, tristeza e integração. O choque é o processamento inicial do luto e caracteriza-se por reacções de choque, negação, confusão, vazio, embaraço e isolamento. Estes visam a auto-protecção do impacto quando a notícia de morte é repentina. Caso a morte seja consequência de uma doença prolongada, estes mecanismos são desencadeados com menos frequência e intensidade porque há uma preparação emocional e o choque menos profundo. A seguinte fase, desconcerto, traz consigo sentimentos de culpa, auto-censura e impotência, e o enlutado, que se responsabiliza pela morte, tenta trazer o falecido de volta para diminuir a sua dor. É frequente afirmar que sente a presença do falecido, que sonha e conversa com ele ou que acredita no seu regresso.

“inicialmente, o enlutado experimenta um forte desejo de manter os laços com o falecido. Recusando-se a abandonar o objecto perdido, o enlutado repetidamente testa a realidade da perda procurando incluir o falecido como parte integrante da sua vida em curso”

(Russac, Steighner e Canto, 2002, cit por Silva, 2004, pg. 54)

Na fase de raiva, o enlutado começa a dirigir a si mesmo e aos outros sentimentos de raiva que, originalmente, estão associados ao falecido. O sujeito tem raiva porque se sente abandonado e, devido à intolerância de tais pensamentos, surge a culpa. A fase de tristeza, é alcançada gradualmente à medida que a realidade se torna mais clara e aceita pelo sujeito. A dor e a angústia começam a dominar e este começa a investir energia noutras actividades, para evitar a dor e assegurar a auto-protecção. A fase de integração, a última, é aquela em que o sujeito toma consciência de que não deve continuar preso ao passado, mas sim adaptar-se às alterações da nova realidade. Esta é a mudança de significado da relação de que fala Silverman (1981, cit por Silva, 2004) referindo-se a uma alteração de identidade do sujeito, em que as lembranças são a ponte entre o passado e o futuro.

Embora estes padrões comportamentais visem o percorrer normal do luto, nem sempre se verifica a sua elaboração de forma saudável e normativa. Trabalhar o luto é confrontar os sentimentos e emoções associados à perda e às circunstâncias da morte, encontrar vias de descarga adequadas, quebrando, assim, os laços com a pessoa perdida. Quando tal processo não é naturalmente realizado pelo sujeito, está-se perante um luto patológico (Silva, 2004).

De acordo com Weizman e Kamm (1987, cit por Silva, 2004) o luto patológico pode ser dividido em adiado e prolongado. No luto adiado verifica-se um persistir exagerado do comportamento de negação e uma repressão constante dos sentimentos associados à perda, o que causa maiores danos ao enlutado. Quando estes mecanismos acabam por falhar, o trabalho de luto continua a precisar ser feito. Embora não haja um tempo padrão para o processo de luto, pois se devem a vários factores individuais e ambientais, o luto prolongado pode ser diagnosticado quando o comportamento de negação de forma exagerada persiste ou o falecido continua a dominar os pensamentos e a vida emocional do enlutado durante mais de três anos, havendo pouca alteração dos sintomas. Perante o prolongar do luto, o sujeito está incapaz de realizar as tarefas básicas do dia-a-dia e os sintomas mais agudos persistem.

Uma questão que inevitavelmente deve ser respondida, centra-se nos sintomas comportamentais e emocionais que pode a criança apresentar quando está com dificuldades na superação da perda ou quando desencadeou um luto patológico. Segundo Scalozub (1998, cit por Franco & Mazonra, 2007), toda a criança tem dificuldade de elaborar a perda de um objecto amado, principalmente aquele do qual depende, pois o seu psiquismo ainda está em desenvolvimento e ela necessita das pessoas que garantem a sua sobrevivência física e desenvolvimento emocional.

Para Mendes (2009), a morte é uma ferida narcísica pois, no confronto com ela, a criança depara-se com a sua própria incompletude, incompletude essa que não pode ser preenchida nem por aquele que partiu, nem por um outro qualquer. Desta forma, a morte dos pais é para a criança uma experiência muito marcante, uma vez que deita por terra a ilusão de onipotência característica do narcisismo primário. Talvez seja por isso que a morte produz no ser humano

profundas reflexões, pensamentos e uma espécie de “não saber o que dizer”, pois o confronto com a falta que o Homem infinitamente procura preencher é reavivado neste tipo de situação.

O luto patológico nas crianças pode conduzir ao isolamento, a retrocessos do desenvolvimento e infantilização – manifestar comportamentos característicos de etapas de desenvolvimento anteriores, como por exemplo a enurese e o descontrolo esfinteriano – desinteresse por actividades, sintomas psicossomáticos como dores abdominais e cefaleias, insónia e pesadelos, perda de apetite ou medo do isolamento (angústia de separação), medo da morte, e crises de pânico e ansiedade.

Por vezes, as crianças podem demonstrar sintomas como incapacidade ou recusa de encarar a realidade (Machado, 2006). A título de exemplo, Kübler-Ross (1991) retrata um caso de uma menina de 9 anos que perdeu a sua mãe e o seu irmão num acidente rodoviário. O seu pai, que desencadeou sentimentos de culpa e não os conseguiu ultrapassar, nunca assistiu a filha nem falou com ela acerca do sucedido. Quando deixada aos cuidados dos avós, a menina apresentava extrema introversão, pesadelos frequentes e conversas com personagens invisíveis.

Schweitzer (1992, cit por Silva, 2004) acrescenta ainda que a depressão leve e crónica, a baixa auto-estima e baixo rendimento escolar estão associados a lutos complicados.

Também é possível ocorrer tentativas ou pensamentos sobre suicídio. Schilder e Wechsler (1934, cit por Torres, 2002) apontam para o facto de que crianças com conceitos de morte distorcidos ou imaturos, principalmente na noção de irreversibilidade, estão mais propensas a ideias e tentativas de suicídio aquando de uma perda significativa.

A perda para a criança requer uma readaptação, para que lhe seja possível continuar a viver sem aquele que faleceu. Este processo influencia o desenvolvimento e estas podem revelar-se na capacidade de sociabilização, no auto-conceito, na forma de viver as emoções e os afectos, no estabelecimento de futuros vínculos. Pode ainda causar sentimentos de inferioridade, fragilidade ou até mesmo incapacidade de lidar com assuntos delicados (Louzette & Gatti, 2007).

A morte cria na criança sentimentos muito profundos de desamparo e impotência, uma vez que era a partir dos vínculos rompidos que ela explorava o mundo e eles retornava para se proteger (Franco & Mazorra, 2007). Quanto mais forte é o vínculo, mais a perda e a morte são emocionalmente sentidas e mais dificilmente ultrapassadas. Quando mal ultrapassados os processos de luto na fase infantil, estes podem retornar na fase adulta sob a forma de fobias, crises de ansiedade, pesadelos e insónias (Kübler-Ross, cit por Macedo, 2004).

Para Lacan (cit por Rezende, 2007), a morte do progenitor rival durante o terceiro tempo do Édipo – simbolização e aceitação da lei – pode ser internalizado como uma modificação do real em função dos desejos inconscientes, resultando na não introjecção da lei ou até mesmo de que está acima dela. Hahn (2005, cit por Rezende, 2007) refere que uma outra possível interpretação por parte da menina é a de que a sedução mata. Caso o falecido seja do mesmo sexo que a criança e ocorra a não introjecção da interdição simbólica, podem ocorrer fantasias de reposição da figura perdida (Tinoco, 2005, cit por Rezende, 2007).

Na criança, há um conjunto de factores que podem ser facilitadores ou prejudicar a correcta elaboração do luto, como o conhecimento das causas e circunstâncias da morte, os padrões de vinculação familiar e possíveis drásticas mudanças dos mesmos, alterações da dinâmica familiar a nível relacional e afectivo especialmente nos casos em que o objecto da perda é um dos pais (Bowlby, 1990; Louzette & Gatti, 2007). Igualmente, o não fornecimento de informação correcta a respeito da morte, uma atitude de negação do sofrimento, não compartilhar o luto com a criança, exigir consciente ou inconscientemente a parentificação ou que a criança ocupe o lugar do falecido, continência insuficiente para os sentimentos da criança (abandono, culpa, agressividade, raiva, desamparo), ter vínculo ansioso ou dependente com o falecido e o facto de a criança ser do mesmo género que o falecido pode facilitar a identificação. Ainda, quando a morte ocorre no estágio pré-operatório, em que o pensamento é marcadamente egocêntrico e a criança vive a fase do narcisismo primário, pode gerar auto-culpabilização, sendo muito frequentes fantasias de culpabilidade (Louzette & Gatti, 2007; Franco & Mazorra, 2007). Esta é chamada a culpa edipiana, em que há uma associação do acontecimento real (morte) e as moções inconscientes, o que dificulta a resolução do complexo de Édipo e a elaboração do luto (Laplanche & Pontalis, 1970, cit por Rezende, 2007). Franco e Mazorra (2007) apontam que como consequência de tal internalização pode haver auto-punição com o intuito de aliviar a culpa sentida. Nestas situações, é frequente a negação intensa da morte e a culpa tem a sua origem na crença da possibilidade de concretizar as fantasias edipianas.

Numa perspectiva psicanalítica, nomeadamente em relação aos conteúdos fantasmáticos da criança, Franco e Mazorra (2007) referem que as fantasias associadas à dificuldade na elaboração do luto são as de culpa com carácter persecutório, fantasia de retaliação do objecto perdido (ser atacado pelo falecido), fantasia de aniquilamento (não aguentar o sofrimento, vir a morrer), fantasia de identificação de carácter fusional (ser como o falecido, ocupar o seu lugar), fantasias de identificação com aspectos considerados negativos pelo próprio e pela família, fantasia de castração (não poder-se desenvolver, não ter valor nem interesse), fantasia de rejeição (acredita que foi abandonado pelo falecido), fantasia da desidealização do objecto perdido (acreditar que o falecido era mau, frágil).

Opostamente os autores apontam as fantasias que revelam processos elaborativos do luto, sendo elas as reparatórias (substituir o falecido; recuperá-lo internamente; procurar ajuda para entender o que aconteceu), as de identificação com aspectos do falecido considerados positivos pelo próprio e pela família, as de reactualização da situação de perda e as de desidealização de modo gradual.

Um estudo realizado por Franco e Mazorra (2007), na perspectiva psicanalítica, pretendeu interpretar e conhecer as fantasias desencadeadas pelo luto em cinco crianças através das técnicas da entrevista lúdica e do desenho livre. As fantasias predominantes foram as seguintes: duas crianças apresentaram fantasia de identificação de carácter fusional com o progenitor morto. Esta foi principalmente favorecida pelo facto de a criança e o falecido serem do mesmo sexo e porque na dinâmica familiar se verificavam fantasias inconscientes de reposição da figura perdida e

também de identificação com o progenitor falecido; em outras duas crianças, foi identificada fantasia de culpa edípica, uma vez que, segundo os autores, estas crianças encontravam-se a atravessar o complexo de Édipo e tinham um pensamento predominantemente egocêntrico; em último lugar, a fantasia encontrada foi a de culpa, apresentada por uma criança cuja relação com os progenitores era de natureza ambivalente, que demonstrava medo da família e uma identificação com aspectos negativos dos pais.

De acordo com os autores, há ainda um conjunto de fantasias que se mostram no início da elaboração do luto, e nesse primeiro momento têm a função de mecanismo de defesa. É a primeira forma de reagir à perda mas, contudo, se elas persistirem, acabam por dificultar a elaboração da perda. São elas a fantasia de onipotência (evitar novas perdas ou separações; ser forte), a fantasia de negação da perda (sentimento de não precisar do falecido) e a fantasia regressiva.

Segundo Freud (2001, cit por Silva, 2004; Mendes, 2009), uma relação ambivalente do enlutado com o falecido pode provocar o estado de depressão obsessivo. Esta ambivalência representa sentimentos de amor e ódio simultaneamente direccionados para o mesmo objecto. Quando esta condição está presente, o sujeito pode sentir dificuldades em superar o luto.

Melges e Demaso (1990, cit por Silva, 2004) referem alguns comportamentos que podem surgir imediatamente após a perda e que dificultam a elaboração da morte e o trabalho de luto normal, que podem predizer ou indicar um possível luto patológico. São eles o desejo persistente de recuperar o objecto perdido (por exemplo referir-se ao falecido no presente e não no passado); identificação excessiva, adoptando comportamentos, sintomas ou até mesmo mudanças de personalidade, semelhantes às do falecido; a não descarga emocional, em que a pessoa não se permite a si mesma manifestar os sentimentos e emoções para não ter de encarar a realidade da perda; raiva mal dirigida e ambivalência ao nível do ódio sentido pela abandono e simultânea esperança de retorno e emoções ligadas à relação que tinha com o falecido, ou seja, a raiva que originalmente está associada ao falecido é deslocada para os outros ou para si mesmo porque a ligação emocional e a esperança de retorno a ela se sobrepõem; encadeamento de reacções, em que a recente perda pode reactivar outras anteriores que foram mal resolvidas e suas emoções adjacentes; perpetuar a existência do falecido no sentido de haver oportunidade de fazer o que deveria ter sido feito enquanto ele era vivo (como por exemplo pedir perdão ou despedir-se); ausência de grupos ou de pessoas significativas que acompanhem, ouçam e suportem o enlutado. Segundo estes autores, todos estes comportamentos estão orientados para o passado, não permitindo encarar o presente e o futuro, numa perspectiva de resolver internamente a crise.

Ao nível da intervenção clínica no luto, esta revela-se necessária quando a dor é excessivamente prolongada no tempo ou é extremamente incapacitante e intrusiva o suficiente para não permitir a realização das actividades diárias, impedindo o desenvolvimento normal da criança. Segundo Klein (1991, cit por Louzette & Gatti, 2007), é possível investigar a forma como se está a elaborar o luto através do brincar, uma vez que expressa as vivências passadas e as fantasias internalizadas da criança. A autora afirma ainda que, por vezes os comportamentos

agressivos e o temperamento irritável são a forma que a criança encontra para descarregar os sentimentos avassaladores associados à perda.

A criança não consegue expressar por palavras os sentimentos associados à perda, mas exterioriza-os através das relações interpessoais, pelo brincar, pelo desenho, pela forma como trata os brinquedos (Mendes, 2009). Em contexto clínico e de intervenção, actividades como ludoterapia, terapia narrativa (escrever uma carta de despedida ao falecido), o desenho da representação da morte ou actividades de homenagem ao falecido têm-se relevado de grande ajuda para a criança elaborar e encontrar um significado para os seus sentimentos internos e na promoção da mudança de significado da relação com o falecido (Muller & Fiorini, s/d).

Sandra Fox (1985, cit por Muller & Fiorini, s/d), destacou quatro tarefas que as crianças devem atravessar no trabalho de luto e que o psicólogo deve promover na intervenção em luto complicado. São elas o compreender, lamentar, comemorar e seguir em frente. Durante a tarefa de compreender, a criança ou o adolescente procura determinar internamente a causa da perda e a situação em que tal ocorreu. O lamentar significa a criança sentir e experimentar os sentimentos dolorosos associados à perda e compreende-los como normais na situação que atravessa. Na comemoração da perda, é dado incentivo para desenvolver uma forma pessoal e significativa de relembrar e homenagear a pessoa ou o objecto perdido. Na última tarefa, seguir em frente, a criança descobre novas maneiras de manter uma conexão e representação interna do falecido, à medida que desenvolve novas amizades, frequenta a escola, brinca e realiza todas as actividades da vida. (Trozzi, 1999, cit por Muller & Fiorini, s/d).

A forma de abordar estas crises com a criança, em contexto clínico, não deve ser feita directamente, quer porque a criança interpreta como uma intrusão e também porque, por vezes, pode não ter capacidade, quer emocional quer linguística para expressar os seus sentimentos, preocupações e desejos. Machado (2006) refere algumas técnicas para trabalhar o luto com a criança. Técnica da terceira pessoa: falar sobre uma terceira pessoa e esperar a reacção da criança, por exemplo “há pessoas que quando estão no hospital têm medo de não voltar” ou “há pessoas que ficam muito tristes quando algum familiar morre”; narração de histórias: levar a criança a associar livremente, contornando as resistências inconscientes. Pedir à criança para contar uma história relacionada com o assunto, ou para descrever uma foto de uma criança triste; biblioterapia: usar livros para se explorar o problema que a criança está a passar; questões: “o que farias se ficasses doente e tivesses de ir para o hospital?” – ajuda a criança a repensar a morte e a criar estratégias para ultrapassar possíveis acontecimentos; associações de palavras: pedir à criança que verbalize palavras que se lembre a partir de uma “neutra” que se lhe apresenta e, posteriormente, palavras mais ansiogénicas. As associações revelam sempre preocupações e conteúdos inconscientes por via da projecção; desenho: uma das técnicas onde a criança mais projecta. O desenho livre dá a possibilidade à criança de expressar aquilo que lhe causa sofrimento e preocupação. Pode-se utilizar também o desenho rígido, em que se pede um tema específico ou alguns temas à escolha; jogos e brincar: linguagem universal das crianças, em que a criança está livre para desempenhar papéis.

Bowlby (1990) aponta para a necessidade de uma figura em quem a criança confie e exteriorize a sua dor porque, embora o adulto saiba que pode mais ou menos sobreviver sem uma figura de apego constante, a criança não tem essa mesma percepção nem experiência.

Kübler-Ross (1991) defende a ideia de que a exteriorização dos sentimentos e das emoções são expressões saudáveis de reagir à perda, pois permitem a elaboração do luto e dissipam os sentimentos de culpa, de raiva, desespero. A repressão dos sentimentos conduz ao conflito e aos desequilíbrios no desenvolvimento. Castro (2000, cit por Macedo, 2004) refere duas linhas orientadoras para as figuras significativas da criança: fornecer toda a informação da criança relativamente à situação de morte e/ou perda e garantir, por parte desta, a expressão emocional e afectiva. Fornecer informação satisfaz as necessidades de pertença e segurança da criança, oferece-lhe responsabilidades de partilha da situação no seio familiar e garante uma adaptação e compreensão verdadeira da morte, evitando momentos de forte conturbação; a expressão emocional fá-la perceber que os seus sentimentos são normais e adequados à situação vivida, garantindo a descarga de tensão e o dissipar de sentimentos que impeçam a elaboração do luto.

Kastenbaum (1974, cit por Nunes, et al, 1988) dá ênfase às experiências da criança e nas explicações que os outros proporcionam à mesma, considerando-as como essenciais para o desenvolvimento do conceito de morte. A forma de se abordar a morte com a criança requer que se respeite e se acompanhe o seu nível intelectual (Torres, 1979). Da mesma forma, Bruner (1990, cit por Nunes, et al, 1988) e Mendes (2009) dizem que para se abordar a morte com a criança de forma correcta, assimilável e produtiva, primeiro há que saber o que a criança já adquiriu sobre o conceito e identificar o seu nível cognitivo (através das formas de raciocínio, expressão e explicação da morte) e identificar em que estágio da experiência da morte a criança se encontra. Só depois se deve apresentar o assunto de forma acessível e concebível pela criança, no sentido de amadurecer as formas já integradas de compreensão e criar formas mais adaptativas de lidar com o assunto e ajudá-la na compreensão de seus sentimentos internos.

Nos trabalhos de Kübler-Ross (1991; Mendes, 2009), a autora sugere que pais e educadores não devem esconder nem limitar a informação sobre a morte à criança. A criança deve ser familiarizada e preparada para este aspecto da vida, para ganhar competências necessárias à superação dos sentimentos da perda e luto de que possa ser vítima mais tarde. A explicação da morte deve ser feita numa linguagem adequada ao nível cognitivo e linguístico da criança, através de conceitos concretos e expressões reais (naturalistas e fisiológicas), e deve-se dar espaço à criança para expressar as suas dúvidas e questões. Não se deve explicar a morte com metáforas e eufemismos, uma vez que as crianças não têm consolidadas as capacidades de pensamento abstracto, tendendo a representar tudo à letra. Assim, deve-se evitar abordar a morte como: “alguém que foi dormir”; “sono eterno”; “longa viagem”; “foi para o céu”; “Deus levou-a”.

“É igualmente insensato, como aconteceu, dizer que “Deus levou o Joãozinho para o céu por amar as criancinhas” a uma menina que perdeu o seu irmão. Esta menina, ao se tornar mulher jamais superou a sua mágoa contra Deus, mágoa que degenerou em depressão psicótica quando da perda do seu próprio filho, trinta anos mais tarde”.

(Kübler-Ross, 1991, pg. 19)

Explicações como estas podem gerar desequilíbrios emocionais como angústia de separação, ansiedade na hora de dormir devido ao medo de não acordar, erradas atribuições de significados, como a não reversibilidade da morte ou o medo contra Deus, ou a possibilidade de visitar o falecido no céu.

Também é importante que, em caso de doença terminal, a criança tenha contacto físico e presente com o sujeito doente e, caso este esteja em casa, a criança participe das actividades e tarefas de tomar conta do familiar em causa e que passe tempo com este. Esta situação, ajuda a criança a lidar com a morte, prepara-a para atravessar o luto mais eficaz e rapidamente e reduz problemas psicológicos futuros (Kübler-Ross, 1991).

“Por isso, para que não haja problemas futuros com as crianças, o melhor a se fazer é esclarecer com a verdade o que se passa e deixá-las participarem do processo de luto e seus rituais de enterro, para que essas signifiquem a morte e tornem mais nítida a lembrança sobre este acontecimento.”

(Mendes, 2009, pg. 21)

CONCLUSÃO

A experiência da perda e a dor que dela resulta são fenómenos inevitáveis da vida, pelo que é urgente que a sociedade contrarie a tendência errada de os ignorar e silenciar para que as gerações seguintes cresçam com melhores capacidades psicológicas para os encarar e ultrapassar. É importante que pais, educadores e psicólogos tomem consciência de que privar as crianças de esclarecimentos, impedi-las de viver o luto e elaborar internamente os sentimentos que sentem após o desfazer de um vínculo afectivo significativo são práticas negativas que podem trazer consequências graves. Embora que ao senso comum lhe pareça que a criança é demasiado frágil para aguentar a morte ou incapaz de a compreender, na verdade, tais erros não oferecem às crianças uma oportunidade de amadurecer nem ganhar estratégias e capacidades psicológicas para criar uma representação interna da morte como um acontecimento natural e inevitável que, mesmo que cause forte sofrimento interno, é possível de ser ultrapassado.

REFERÊNCIAS

Almeida, F. (2005). Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Boletim de Psicologia*, vol. LV, nº 123, pg. 149-167.

Bowlby, J. (1990). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. 2ª Edição, Martins Fontes. Brasil

Domingos, B. & Maluf, M. (2003). *Experiências de Perda e de Luto em Escolares de 13 a 18 Anos*. Universidade de São Paulo. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 16(3), pg. 577-589.

Franco, A. (s/d). *O luto na infância: a vida de quem fica*. Centro Social da Ericeira – Gabinete de Psicologia

Franco, M. e Marroza, L. (2007). Criança e luto: vivências fantasmáticas da morte genitor. *Estudos da psicologia*, campinas, 24(4), pg 503-511.

Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3): 364-374, jul/sep

Kübler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 4ª Edição, Editora Martins Fontes. São Paulo, Brasil.

Louzette, F. e Gatti, A. (2007). Luto na infância e suas consequências no desenvolvimento psicológico. *Revista electrónica. Ago, ano I, nº1*, pg. 77-79.

Macedo, J. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Machado, A. (2006). Como lidam as crianças com a morte/Luto. *Revista nº 67 sinais vitais*, Julho, pp. 45 – 50.

Mendes, É. (2009). A morte e o luto a partir do mito da medusa e o trabalho com crianças portadoras de doenças terminais. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte*, a.4, n.8, ago.

Mullen, J. & Fiorini, J. (s/d). *Understanding grief and loss in children*, retirado de <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas06/vistas06.07.pdf>

Nunes, D., Corraço, L., Jou, G. & Sperb, T. (1988). *As crianças e o conceito de morte. Psicologia, reflexão e crítica*, vol.11, n.3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Puerto Alegre, Brasil.

Rezende, C. (2007). Luto na infância: algumas considerações à luz da teoria de Édipo em Lacan. *Psicópio: revista virtual de Psicologia hospitalar e da Saúde*. Belo horizonte, Fev-Jul, ano 3, nº5, pg- 9-13

Silva, M. (2004). *Processo de luto e educação*. Universidade do Minho, Instituto de educação e psicologia. Braga, Portugal.

Torres, W. (2002). O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crónicas. *Psicologia:teoria e pesquisa*. Mai-Ago, vol.18, n.2 pp. 221-229.