

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**FANTASIAS, ANGÚSTIAS E DEFESAS EM TORNO DA MORTE
ESTUDO DE CASO**

Sílvia França Ricardo

12258

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**FANTASIAS, ANGÚSTIAS E DEFESAS EM TORNO DA MORTE
ESTUDO DE CASO**

Sílvia França Ricardo

12258

Dissertação orientada por Prof. Doutor Eduardo Sá

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Eduardo Sá apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Nesta fase tão crucial da minha vida académica, foi importante poder contar com algumas pessoas, familiares, amigos e professores. Para todos eles, e sem qualquer tipo de ordem de preferência, muito obrigada...

... ao Prof. Doutor Eduardo Sá que, apesar de tudo, conseguiu acreditar mais neste trabalho que eu própria e que foi contendo o meu desespero da forma que melhor soube e lhe foi possível. Cresci bastante nas suas aulas, aprendi a pensar e hoje sinto-me diferente. Aquilo que espero do fundo do coração é que um dia, os nossos caminhos se voltem a cruzar para que possa voltar a beber do seu conhecimento.

... ao André, o meu namorado, que me ajudou a esclarecer dúvidas e que sempre me ouviu quando eu me lamentava que isto nunca mais iria terminar. Obrigada por me deixares fazer “noitadas” na tua casa sempre ao computador e por teres estado sempre presente. Eu sei que não sou fácil de aturar... Obrigada por acreditares em mim e por mo fazeres sentir bem cá dentro. Até à última estiveste comigo, não me vou esquecer disso. Adoro-te!

... aos meus pais que, afinal de contas, me pagaram o curso e sem eles não teria de todo chegado até aqui. Obrigada pela oportunidade que me proporcionaram, espero que estejam orgulhosos.

... aos meus amigos, que ouviram os meus lamentos e secaram as minhas lágrimas em alturas difíceis. Em especial à Prima, amiga e confidente de longa data, com quem partilho tudo e que me apoiou sempre neste trabalho, ajudando naquilo que podia. Obrigada por ouvires as minhas crises existências e teres sempre uma palavra de compreensão para me dizer. Sou o que sou, em parte, devido a ti e estou-te grata por isso. Agradeço-te, também a ti, Cláudia, pelos teus óptimos apontamentos e ajudas à última da hora que, muitas vezes, se mostraram determinantes. Obrigada por todas as críticas construtivas que

fizeste e que a bom porto levaram a conclusão do curso. Sem ti isto não teria sido escrito. A todos vós “MALTA”: amo-vos de paixão!

RESUMO

O objectivo deste estudo de caso consiste em compreender como é que uma menina de 8 anos, cuja mãe sofre de doença oncológica, percepção a morte e elabora as suas fantasias, angústias e defesas em torno da mesma. Bem como, perceber se a criança adquire de forma precoce, ou não, o conceito de morte face às suas vivências pessoais: não se relaciona com o pai acerca de 2 anos; o avô paterno já faleceu; existência de comportamentos que demonstram carências afectivas. Quando um dos pais sofre de doença oncológica uma das possibilidades é que possa vir a falecer. Neste caso, a morte pode causar bastante dor e sofrimento na criança e abalar a estrutura familiar e padrões vincutivos efectuados até então. Sabe-se que as crianças compreendem totalmente o que é a morte por volta dos 10 anos de idade. Procurou-se, através do Questionário Desiderativo (Friedenthal & Ocampo, 1981), explorar as fantasias, angústias e percepções relativamente à morte, tendo como base relacional os dados recolhidos na história clínica. A conclusão a que se chegou é que a criança percebe a irreversibilidade da morte e adquiriu plenamente o seu conceito. Para cumprir o objectivo proposto mais testes teriam de ser utilizados.

Palavras-chave: estudo de caso; criança; conceito de morte; questionário desiderativo.

ABSTRACT

The purpose of this case-study is to understand how an 8 years old girl, whose mother suffers from breast cancer, perceives the death and prepare their fantasies, fears and defenses around it. As well as, if the child becomes aware of how early, or not, the death concept is acquired, compared to their personal experiences: she doesn't has a relationship with her father about 2 years ago; her grandfather has died; and there are behaviors that demonstrate emotional needs. When a parent suffers from cancer one of his possibilities is to die. In this case, loss can cause enough pain and suffering in children and undermine the family structure and attachment patterns until then. It is known that children fully understand what death is around 10 years of age. We tried to find out, through the Desiderative Questionnaire (Friedenthal & Ocampo, 1981), the fantasies, fears and perceptions concerning death concept, based on relational data collected on clinical history. The conclusion reached is that the child understands the irreversibility of death and acquired its full term. To meet the objective of these study further tests should have been used.

Key-words: case-study; child; death concept, desiderative questionnaire.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. Fundamentação Teórica	2
2.1 Considerações sobre os Tumores Malignos.....	2
2.2 Considerações sobre a Família.....	5
2.3 Impacto dos Tumores Malignos na Dinâmica Familiar	8
2.4 Vinculação e Perda – Contextualização	18
2.5 Conceito de Morte na Criança.....	20
2.6 Aquisição e Evolução do Conceito de Morte na Criança	24
2.6.1 Momento em que a criança adquire o conceito de morte – diferentes perspectivas.....	25
3. Metodologia	30
3.1 Informações sobre a mãe.....	30
3.2 Descrição do Caso.....	31
3.3 Caracterização do Instrumento	34
4. Apresentação e Análise dos Resultados	36
5. Discussão dos Resultados	39
6. Conclusão.....	44
7. Referências Bibliográficas.....	49
8. Anexos.....	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: respostas dadas no Questionário Desiderativo.....	36
---	----

1. INTRODUÇÃO

Actualmente uma das problemáticas que mais preocupa a sociedade está relacionada com a saúde, nomeadamente com o cancro e com o crescente número de casos que têm vindo a aparecer, sendo que estes abrangem todas as faixas etárias. Apesar dos meios médicos estarem cada vez mais disponíveis e evoluídos, há ainda muito por estudar e aprofundar, neste caso específico, do ponto de vista psicológico.

Deste modo, no presente estudo de caso, pretende-se compreender como é que uma criança de 8 anos, filha única, cuja mãe sofre de doença oncológica, que não tem qualquer tipo de relacionamento com o pai acerca de 2 anos, que perdeu o avô paterno recentemente (figura com a qual se identificava bastante), percepção a morte e como é que elabora as suas angústias e defesas em torno da mesma. Ou seja, se haverá ou não, um maior entendimento do que é a morte devido aos factores acima referidos e qual a influência que isso pode ter, ou teve, no seu desenvolvimento psicológico até à actualidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Considerações sobre os Tumores Malignos

Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas e Sousa (2006) definem cancro como um vasto conjunto de doenças, severas e crónicas, que constituem os tumores malignos. O cancro surge quando algumas células normais se transformam em células malignas, sendo esta uma transformação incontroável e que, na maioria das vezes, não produz sintomas visíveis para o indivíduo, produzindo tumores aos quais se chamam neoplasias (Ministério da Saúde, s.d.; Odgen, 1999; Straub, 2007). Estes tumores podem ser benignos ou malignos. As células cancerígenas dividem-se em carcinomas (que têm origem nas células dos tecidos), sarcomas (que têm origem nos tecidos conjuntivos), leucemias (que têm a sua origem no sangue) e linfomas (que se originam no sistema linfático) (Straub, 2007). É também importante referir que os tumores malignos podem constituir metástases, ou seja, as células afectadas podem espalhar-se pelo corpo dando origem a outro tipo de cancros, ou gerando alterações no organismo, que fazem com que este fique a funcionar de forma anormal (Carvalho, 2001). Actualmente existem centenas de formas de cancros e estes podem apresentar-se em diversas partes do corpo, por exemplo, no pulmão, na mama, na próstata, no útero, no cólon, entre outros.

O cancro é visto, ainda hoje, como uma doença sem cura apesar dos inovadores tratamentos que continuam a aparecer e da melhor qualidade de vida que pode ser prestada a este tipo de doentes (Barros & Lopes, 2007; Mesquita, Magalhães, De Almeida, Carvalho & Rego, 2007). Contudo, os indivíduos que utilizam estilos de *coping* mais funcionais, tendem a encarar a doença de diferente forma e a serem mais proactivos nas escolhas que têm de fazer, aderem melhor aos tratamentos e encontram-se muito mais bem ajustados emocionalmente (Merluzzi & Sanchez, 1997 cit. por Soares, Moura, Carvalho & Batista, 2001). Por outro lado e, segundo Scharloo et al. (1998, cit. por Soares, Moura, Carvalho & Batista, 2001), resultados obtidos em vários estudos demonstram que estratégias passivas de *coping*, acreditar no prolongamento da doença por muito tempo, na sua gravidade e

consequências, produz um mau funcionamento geral do indivíduo, agravando, por isso, a sua condição física e psicológica. Os casos de sucesso são aqueles que conseguem lidar com a doença de forma positiva, com dignidade, auto-gerindo as suas emoções, tendo qualidade de vida e satisfação (Schumacher & Meleis cit. por Elmberger, Bolund, Lützén, 2000).

Se tentarmos encontrar uma justificação para o aparecimento do cancro, as opiniões dividem-se. Alguns estudos tendem a considerar o cancro como uma doença com base genética, enquanto outros, defendem que o seu aparecimento se deve a factores de ordem emocional associados à personalidade, bem como a mudanças hormonais ou hábitos como o álcool e o tabaco e, o *stress*. Stoll (1986, cit. por Carvalho, 2001) refere que o próprio indivíduo pode contribuir para a sua reabilitação e que a psicossomatização interfere em larga escala no aparecimento e desenvolvimento da doença oncológica. Neste mesmo sentido, aparece Stan Maes (s.d., cit. pelo mesmo autor) que identifica como variáveis associadas ao cancro os conflitos emocionais não resolvidos, um alto nível de neuroticismo, a negação, repressão e depressão, insegurança, perda do optimismo, entre outros. É também possível que o desenvolvimento de células cancerígenas se deva a um sistema imunitário mais debilitado, o que faz com que este deixe de reconhecer estas células como “invasoras” (Carvalho, 2001). Straub (2007) acrescenta ainda o sexo e a idade, assim como a etnicidade, para o possível surgimento do cancro. Para apoiar esta posição pode-se constatar através dos estudos estatísticos mais recentes (2004) que, por exemplo, morrem por tumores malignos 2,2% de mulheres e 1,7% de homens em Portugal Continental (Divisão de Estatísticas de Saúde, 2007).

A doença oncológica faz parte das enfermidades que mais ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo e, como tal, é considerado como uma das principais causas de morte (Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas & Sousa 2006; Trindade & Teixeira, 2002), sendo que em Portugal, 24,6% dos indivíduos morre de cancro, tornando esta enfermidade a segunda causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares (Organização Mundial de Saúde, 2005). Estes números devem-se também a uma negligência por parte do indivíduo que ignora, desconhece ou nega sintomas que poderiam levá-lo ao médico de família

(Carvalho, 2001), como no caso do cancro da mama, em que a mulher muitas vezes tende a desvalorizar pequenos nódulos ou quistos que sente no peito.

Falando agora um pouco do impacto que a doença oncológica pode provocar no psiquismo do indivíduo, podemos dizer que este passa por várias etapas emocionais: a primeira consiste no choque e no não acreditar, apresentando-se uma negação extremamente forte em relação à doença; a segunda passa por um elevado stress e ansiedade em relação ao prognóstico, alguma raiva devido ao “porquê eu?” e que, no fundo, acaba por ser um sentimento normal, uma reacção válida que surge quando o doente é confrontado com a incerteza do seu futuro, o ter feito planos e ter desejos e não saber se conseguirá concretizá-los; a terceira já passa mais pela tristeza e desespero; por último, a quarta etapa que consiste na adaptação gradual ao estado físico e a todas as consequências físicas e psicológicas que a doença possa vir a provocar (Elisabeth & Kubler-Ross cit. por Barraclough, 1998). De qualquer modo, note-se que nem todos os indivíduos passam por todas as etapas ou pela ordem acima exposta, podendo permanecer em cada um deles por longos períodos de tempo. Algumas destas fases podem ainda ser agravadas ou revividas devido ao tipo de tratamentos que o cancro exige como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Estes tratamentos geralmente causam grandes debilidades físicas e psicológicas, como os vómitos, as náuseas, as alterações no comportamento, a dor, a falta de força física, perturbações do sono, o medo de morrer e dos procedimentos médicos, a dependência que pode ser criada na família e nos médicos, as deslocações ao hospital ou a própria hospitalização (Holland, 1996; Kalinke, Dias, Costa, Testoni & Bettega, s.d.), a lentidão de pensamento, a falta de paciência, a disrupção familiar e a nível de amizades, o doente pode ter de deixar de trabalhar, o medo de uma possível desfiguração (mastectomia, queda do cabelo, a infertilidade provocada pelos tratamentos etc.). Ou seja, questões relacionadas com a auto-imagem e a integridade que geralmente podem criar quadros depressivos, entre outros, (Carvalho, 2001; Compas et al., 1994; Holland, 1996; Koocher, 1986 cit. por Leedham & Meyerowitz, 1999; Lewis, Casey, Brandt, Shands & Zahlis, 2006; Santos, Ribeiro & Lopes, 2006). Contudo, é preciso ter em conta que cada pessoa vive a doença de acordo com a sua própria individualidade, isto é, cada um adoece

à sua maneira e, por isso, podem haver indivíduos num estado mais fragilizado e debilitado que outros.

Concluindo, podemos constatar que, apesar do impacto físico e mental que a doença oncológica obviamente provoca, que esta é melhor ou pior superada mediante a postura proactiva ou depressiva que o indivíduo adopte. Contudo, é importante que se note que não se pode desvalorizar situações como uma experiencia médica anterior ou a faixa etária em que o indivíduo se encontre, bem como a sua personalidade e o ajustamento à doença, entre outros factores.

2.2 Considerações sobre a Família

A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições (Contribuidores da Wikipédia, 2008; Curran, 1983 cit. por Siegel, 2000; Eguier 1989; Issel *et al.*, 1990 e Veach, 1999 cit. por Faulkner & Davey, 2002; Nam, 2004). É constituída por um grupo de pessoas que estão ligadas por laços matrimoniais, ou maritais e sanguíneos (excepto no caso da adopção) em que existe sempre um grau de parentesco. Isto é, existem três tipos de relações, a de aliança no casal, a de filiação entre pais e filhos e a de consanguinidade entre irmãos (Messa, s.d.). A família é então um sistema de vínculos afectivos onde decorre a humanização de cada um de nós (Orsi & Yaegashi, s.d.) e que cuida, sustem e socializa as crianças. Esta tende a atender às necessidades das mesmas, a responder aos seus receios e medos, aos seus sentimentos e preocupações. A família sustem a criança dando-lhe protecção a nível emocional e físico, cria rotinas e ambientes estáveis e previsíveis para que ela cresça e se desenvolva (Armsden & Lewis, 1993 cit. por Siegel, 2000). A família socializa a criança através das normas, valores e educação que lhe transmite, havendo uma troca de saberes entre pais e filhos. Na família há sempre uma hierarquia, existindo diferentes papéis em que pais e filhos têm diferentes níveis de autoridade e se complementam de diferentes formas (Minuchin, 1982; Siegel 2000). Os comportamentos de cada membro influenciam os dos outros e vice-versa, no entanto, se algo ameaçar a vida de algum deles, podem ocorrer rupturas nas relações (Elmberger, Bolund, Lützén, 2000).

Segundo Eiguer (1989) o sentimento de pertença familiar reúne os sentimentos que cada membro da família experimenta em relação ao conjunto do grupo. O mesmo autor refere, ainda, que é na família que se sente uma proximidade entre os membros que, supostamente, não existe nos outros grupos, o facto de inconscientemente haverem percepções comuns a todos os membros faz da família um grupo único para cada indivíduo. Relações familiares seguras, protegem a família de um impacto negativo na sua estrutura psicológica quando algo de grave acontece (Siegel, 2000).

Ao longo dos tempos e acompanhando as diferentes revoluções que as sociedades têm vindo a sofrer, a família, e o seu conceito, têm seguido as mudanças religiosas, económicas, morais, socioculturais e governamentais (Cole, Cole & Lightfoot, 2005) das épocas por onde passa reformulando-se. Ou seja, hoje em dia já se pode falar na família alargada que é constituída, para além dos membros da família nuclear, por avós, tios, irmão e outros, na família monoparental em que existe apenas o pai ou a mãe e os filhos e, ainda, em famílias “alternativas” que são as comunitárias (onde os filhos estão a cargo de todos os adultos existentes e não somente dos seus pais) ou homossexuais.

Falando agora da importância que a família tem na vida das crianças, podemos referir que o ser humano é um ser social que precisa de um meio que o acolha e que lhe forneça as ferramentas necessárias para se tornar autónomo, neste sentido, é a família que proporciona, ou deveria proporcionar, isto à criança. Os pais, mais concretamente a mãe, são as primeiras pessoas com quem o bebé se relaciona e são eles que vão criar o modelo de relação que a criança vai adoptar ao longo do seu crescimento, devido aos vínculos afectivos fortes que se estabelecem entre si (Orsi & Yaegashi, s.d.). Eles constituem-se como figuras fulcrais para que a criança se desenvolva. No entanto, e mais uma vez focando a mudança da família nas últimas décadas, as mães estão cada vez mais fora de casa devido aos compromissos laborais, o número de filhos no casal diminui de forma bastante acentuada e o papel dos avós, que muitas vezes não fazem parte do agregado familiar, acaba por assumir distintas funções na educação da criança.

O processo de identificação aos pais traduz-se na procura de um modelo, tal como já foi mencionado, a criança imita os adultos que estão à sua volta e com quem tem os tais vínculos afectivos fortes. Esta identificação passa por uma constante comparação entre o

ideal do eu e o ideal da sua própria imagem, sendo que é a partir daqui que a criança irá formar os seus sentimentos de auto-estima e auto-imagem positivos (pressupondo que os pais passam à criança imagens positivas e não negativas, isto é, imagens disruptivas – narcísicas). Para que tal aconteça é preciso que os pais estejam presentes na vida dos seus filhos. Ao longo dos anos a criança acaba por se ir afastando gradualmente destes modelos para procurar nos pares os seus modelos de identificação, sendo que também o próprio processo parental se vai modificando à medida que as crianças crescem. Todavia, é sempre delimitado um território para aquela criança específica pois ser Ricardo é diferente de ser Tomás.

Em famílias monoparentais estudos realizados revelam que as crianças estão muito mais sujeitas a problemas sociais, de comportamento e académicos, uma vez que existe muito pouco contacto parental. Deste modo, este tipo de estrutura familiar acaba por pôr a criança em risco. Por outro lado, outros autores defendem que este não é o único factor de risco para a criança, dando como exemplos que apenas um único salário condiciona a compra de materiais didácticos e outros recursos necessários à sua educação e, assim sendo o problema não é ser-se uma família monoparental mas sim o risco de pobreza que possa existir. Outra explicação apresentada para o “risco” são também os problemas associados aos divórcios que, cada vez mais, se tornam constantes na nossa sociedade actual e que podem também acabar por provocar problemas de ordem comportamental, social e outros (Cole, Cole & Lightfoot, 2005).

A suposta função da família é educar (Soifer, 1982 cit. por Orsi & Yaegashi, s.d.) o que subentende cuidados primários e cuidados sociais. Os primeiros passam pela necessidade de bem-estar como a saúde e higiene, de os sustentar em termos de recursos escolares e outros; os segundos englobam todos os mecanismos sobre aquilo que é viver em sociedade, ou seja, a transmissão de padrões, de regras, de valores sociais e morais vigentes numa sociedade e que irão permitir a vida em comunidade. Aqui estão também presentes os afectos, o amor, o toque, isto é, todas as trocas emocionais e afectivas entre pais e filhos que vão potenciar relações seguras, fortes e responsáveis (vários autores cit. por Pires, 2001).

Alguns autores consideram que, cada vez mais se atribui à família o papel de culpada pelos problemas da sociedade, com a justificação de que “os pais não sabem educar os filhos”, assim como dos problemas relativos à saúde mental das crianças. Estas precisam da mãe e do pai para construírem dentro de si uma imagem positiva das relações que se traduzem em trocas afectivas e numa comunhão de convivências que toda a falta faz para uma boa estrutura de personalidade. Com cada vez mais divórcios e mudanças estruturais dentro da família, as que “sobrevivem” às vicissitudes dos nossos tempos mostram uma forma de resistência ao sistema político e económico que se adensa cada vez mais no indivíduo, devidas também às obrigações morais e sociais dentro da família e até fora dela. Aqueles que conseguem sobreviver ao consumismo e ao individualismo (Marcuse, 1981 cit. por Orsi & Yaegashi, s.d.), que não criam na família contemporânea uma dispersão e falta de valores aquando da educação dos filhos, são aqueles que ainda conseguem fazer da família um porto seguro para si e para os seus filhos.

Concluindo, pode dizer-se que é na família que tudo se constrói e, ou, se estrutura, sendo que qualquer tipo de falha na aquisição de conceitos básicos como autonomia, pode prejudicar o bom desenvolvimento da criança. Deste modo, é importante que se tenha sempre presente que a criação de laços seguros e saudáveis, bem como a partilha de informação no seio familiar, vão determinar, em parte, o que acontecerá à sua estrutura em casos como uma doença grave ou a morte de um dos seus elementos. É a união e unicidade de cada família que, a torna mais ou menos apta a ultrapassar as adversidades que possam surgir, fala-se assim de uma resiliência familiar.

2.3 Impacto dos Tumores Malignos na Dinâmica Familiar

A doença crónica constitui uma crise vivencial que impõe vários desafios à capacidade de adaptação dos indivíduos como torna quase impossível um retorno ao estado prévio de saúde (Elmberger, Bolund, Lützén, 2000); Kann, 1995, cit. por Sá, 2001; Messa,

s.d.; Siegel, 2000). Quando a doença oncológica atinge o seio familiar, esta provoca situações de muito stress que podem ter consequências graves em toda a família (Kalinke, Dias, Costa, Testoni & Bettega, s.d; vários autores cit. por Leedham & Meyerowitz, 1999; Welch, 1996 cit. por Davey, Askew & Godette, 2003). Segundo Christ *et al.* (1993) e Siegel (2000), o cancro tende a afastar o doente da sua família tanto física como emocionalmente, sendo que, quando este é diagnosticado, isso suscita diversos sentimentos tanto no próprio doente como na sua família (Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas & Sousa, 2006; Matos, 2002; Mesquita, Magalhães, De Almeida, Carvalho & Rego, 2007; Odgen, 2004; Santos, Ribeiro & Lopes, 2006; Sargent, 2003). Todavia, os sentimentos tidos pelos familiares acabam por ser muitas vezes os sentimentos tidos pelo paciente (Leedham & Meyerowitz, 1999). No que respeita ao doente, este, segundo Barraclough (1998), sente choque, medo, ansiedade, desespero, infelicidade, raiva, culpa ou pena e por vezes até mesmo alívio. O doente e a sua família experimentam sentimentos bastante ambivalentes, de impotência, ressentimento e depressão (Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas & Sousa, 2006). Pode também surgir um certo sentimento de desafio e aceitação perante a doença. O ajustamento emocional de cada indivíduo à mesma varia consoante vários factores, levando por vezes algum tempo até este se consciencializar da doença que realmente tem ou da sua gravidade.

Segundo Osborn (2007), os estudos feitos até à data, sugerem que a maior parte das crianças afectadas pela fase inicial do cancro do pai ou da mãe, não possuem sérias dificuldades psicológicas, estas surgem posteriormente devido à internalização da problemática. Os adolescentes demonstram mais perturbações do que os seus pais nos estudos analisados pela autora, observando ela também que entre a percepção que os pais têm do estado psicológico dos seus filhos e o seu verdadeiro estado existe uma grande diferença (Visser *et al.*, 2005). Os pais nunca se apercebem realmente de como os filhos estão a lidar com a doença oncológica. Da revisão de literatura que fez, a autora, conclui que as filhas adolescentes são afectadas de forma muito mais negativa do que as crianças mais novas, no geral, e do que os rapazes.

Segundo Holland e Rowland (1989), diversos estudos demonstram que os factores psicológicos e pessoais pesam muitas vezes mais no bem-estar familiar do que os factores

da própria doença. Segundo Kann (1995, cit. por Sá, 2001), o doente tem especialmente dois medos, o da morte e o da perda de alguma parte do corpo ou desfiguração, daí que muitas vezes o doente negue a doença. Por sua vez, esta negação não é mais do que o reflexo do medo sentido e da desorganização emocional presente no indivíduo. Contudo, apesar de existirem bloqueios de sentimentos e pensamentos associados à doença, raras vezes o doente nega tratamento pois, no fundo, a vontade de viver impõe-se sempre ao medo de morrer.

A adaptação ao *stress* sentido, provocado pelo diagnóstico de doença oncológica, segundo McCubbin e Fingley (1983) e Minuchin (1987, cit. por Moura, 2004), passa por três fases: aguda, crónica e de resolução.

A primeira diz respeito à crise que toda a família atravessa aquando do diagnóstico do cancro num dos membros da família, em que o meio familiar se confronta com grandes alterações a nível das rotinas, exigências, restrições de tempo, alterações nas actividades habituais, ou seja, uma série de novas adaptações (Gonçalves & Pires, 2001). Alguns familiares deixam de trabalhar, as crianças desenvolvem problemas a nível escolar, os adolescentes tornam-se revoltados e a família não consegue fazer planos a longo prazo, o que se torna bastante traumatizante pois a eminência da morte está sempre presente na mente dos familiares do doente. Apesar de tudo, devido à sua idade, os adolescentes conseguem entender melhor a doença e os tratamentos, procurando informação em vários locais ou com outras pessoas. No entanto, a maioria tende a falar e a ver a doença como algo que não os afecta, negando que isso tenha qualquer tipo de coisa a ver com eles (Christ, Siegel & Sperber, 1994).

A fase crónica é o período em que já há um consolidar de mecanismos que permitem uma certa habituação às novas rotinas. Existem muitos casos em que os doentes são enviados para casa pelos médicos mas que mesmo assim precisam de cuidados específicos, como alimentação por tubo, medicação intramuscular ou subcutânea, entre outros cuidados, o que por vezes faz com que haja discordância quanto aos métodos a utilizar, tornando isto o ambiente familiar pesado, para não falar dos custos que tudo isto implica. Por vezes, algum dos membros da família tem de deixar o seu trabalho para se dedicar exclusivamente ao familiar doente, o que agrava a situação económica da família

criando ainda mais uma fonte de *stress* (Kalinke, Dias, Costa, Testoni & Bettega, s.d.). Devido ao possível agravamento da situação económica, o medo de não poder comprar alguns medicamentos ou acessórios necessários ao tratamento, acaba por criar um certo sentimento de impotência face ao problema havendo, mais uma vez, uma fonte de *stress*.

Por último, a fase de resolução tem apenas duas vertentes a serem consideradas, a morte e as possíveis sequelas físicas e/ou psicológicas. A morte é o momento mais penoso para a família, uma vez que o luto pode constituir um grave problema, gerando grandes depressões. As sequelas naqueles que sobrevivem à doença exigem que a família se volte a reorganizar de forma a ultrapassar este novo obstáculo. Ou seja, esta última fase é aquela em que aconteça o que acontecer, terá sempre de existir uma reorganização.

A família, segundo Holland (1996) tem diferentes etapas de desenvolvimento, e consoante cada uma delas, reage-se de forma diferente à doença oncológica. Deste modo tem-se: a família recém-criada, a família jovem, a família de meia-idade e a família idosa.

Na primeira etapa, conseguir superar o cancro é de extrema dificuldade uma vez que os elementos ainda estão no início do sistema familiar o que implica, de certa forma, o corte dos laços parentais e dos modelos até aí estabelecidos. A descoberta de cancro num dos membros pode ser um elemento que propicie a separação do casal voltando estes para casa dos seus pais.

Na segunda etapa, o tipo de responsabilidades já é outro, existem crianças pequenas, por vezes ainda bebés, que necessitam de toda a atenção e cuidado. Para não falar na manutenção da união entre o casal que precisa sempre de ser reforçada quando um novo membro aparece, pois os custos de vida aumentam, o que cria a necessidade de manutenção de uma base financeira segura. Aqui o cancro vem quebrar toda a energia sentida até ao momento, gerando desequilíbrios entre os pais e entres estes e a criança, tornando as relações mais fracas e susceptíveis de uma ruptura por não se conseguir ter um suporte forte em termos emocionais.

A família já com filhos crescidos (crianças e/ou adolescentes) pressupõe que estes lhes forneçam nesta etapa do seu desenvolvimento autonomia, sendo que nesta fase surgem as relações com os pares e uma certa separação da família, enquanto a personalidade se vai consolidando. A doença oncológica nestes casos pode condicionar

esta autonomia acabando o adolescente por se retrair da vida social e agir com revolta, igualmente as tarefas parentais ficam comprometidas nesta fase.

Na família mais velha, os objectivos e etapas já são direccionados sobre como vão viver a chamada velhice. Quando o cancro aparece já quase não há ninguém para lhes dar apoio, os filhos vivem longe ou não têm possibilidades de manter os pais em suas casas nem estão preparados para passarem a ser eles os pais dos seus pais, criando-se aqui fortes sentimentos de culpa.

Muitas vezes, para manter a estabilidade familiar, outro membro da família acaba por tentar preencher as funções do indivíduo doente, o que nem sempre é fácil quando este é, por exemplo, o único que trabalha na família, que cuida das crianças etc. Saber lidar com as exigências e as perdas vai muito para além das óbvias tarefas do prestador de cuidados ao doente, pois este tem de conjugar as melhoras e pioras do mesmo devido aos tratamentos, sendo que alguns membros se mostram menos resilientes que outros e isso transparece para o mesmo. Quando se trata de crianças estas não percebem bem, devido ao seu estado de desenvolvimento e dependendo dele, o que se passa havendo mudanças constantes de humor e comportamentos que podem parecer patológicos mas que muitas das vezes não o são.

Tal como já foi dito, o doente e a família passam a desempenhar tarefas diferentes e as rotinas mudam drasticamente, devido aos regimes terapêuticos, ao controlo dos sintomas e à prevenção de crises (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2000; Helseth & Ulfset, 2004; Nezu, 1998 e Strauss, 1984 cit. por Sá, 2001). Quando o casal tem filhos, para se manter a estabilidade familiar é preciso uma adaptação à mudança que depende em tudo do curso que o cancro tomar mas, também, do estado de desenvolvimento em que as crianças, se encontram. Segundo Vess *et al.*, 1985 (citado por Helseth & Ulfset, 2004) famílias com crianças pequenas, experimentam maiores dificuldades devido ao facto de estas darem mais trabalho aos pais e exigirem deles muito mais atenção e cuidados.

A contrariedade que existe entre preservar o bem da família e do doente e se preservar o bem individual cria, com o tempo, um mal-estar generalizado que se revela pelos ciúmes, raiva, depressão, entre outros, acabando isto por levar a um agravamento do estado psicológico de cada indivíduo no seio familiar e tornando-se também num processo

extremamente extenuante (Elmberger, Bolund, Lützén, 2000). Posteriormente o resto da família e amigos acabam por se afastar, ao mesmo tempo que a própria família corta certos laços que poderiam ser benéficos em termos de suporte emocional e o que começou por ser uma resposta ao *stress* acaba por se tornar num hábito.

Falando agora especificamente nos filhos de pais com cancro, certamente falamos de um grupo em risco (Fasciano *et al.*, 2007). Existe uma ameaça de separação que pode activar os padrões de vinculação mais remotos da criança aos seus pais, podendo até serem reactivadas memórias de doenças antigas dos próprios pais ou de outras figuras importantes para a criança. Deste modo, pode-se dizer que se forem activados os modelos de vinculação segura e estes forem reforçados aquando do período de doença do pai ou da mãe, isto trará para a criança benefícios futuros em termos de capacidade de resiliência, no sentido de saber lidar e ultrapassar possíveis frustrações (Siegel, 2000). Se o contrário acontecer e os padrões vinculativos forem inseguros, então existirão diversas ambivalências em termos de comportamentos e maiores dificuldades de aceitação da doença por parte da criança. Nestas circunstâncias, as crianças podem dar diversas respostas mediante a sua idade, sexo e o sexo do pai doente (Elmberger, Bolund, Lützén, 2000; Rauch & Muriel, 2004). Alguns autores levaram a cabo estudos em que comprovaram que a gravidade da doença e o estado psicológico do pai ou da mãe afectados, está directamente relacionado com comportamentos negativos nas crianças, o que era previsível (Hoke, 2001). Outros estudos, no sentido de se perceberem as diferenças entre os sexos, em termos de respostas ao cancro, revelaram que as filhas de mães doentes são muito mais vulneráveis à situação do que os filhos (Compas *et al.*, 1994 cit. por Hoke, 2001; Davey, Askew & Godette, 2003). Visser *et al.* (2005), refere nos seus estudos, baseados nos relatos das esposas, que quando são os pais os doentes oncológicos, os filhos demonstram mais problemas, o que leva a supor que entram aqui variáveis relacionadas com a identificação à pessoa do mesmo sexo.

O que a maioria das crianças pensa nestas situações é, quem é que vai tomar conta delas e lhes vai dar de comer, levar à escola ou brincar com elas e isto acontece porque as crianças pequenas vêm o mundo centrado em si mesmas e, tudo acontece por causa delas e para elas. As crianças pequenas e até mesmo as mais velhas já em idade escolar, sabem

da existência da morte, apesar de a entenderem de diferentes formas. Uma vez que os pais têm tendência a manter a doença em segredo, pensam que as crianças não se apercebem da mesma, mas, no entanto, elas apercebem-se de diferenças no seu relacionamento com os pais (por exemplo, Shands, Lewis & Zahlis, 2000). Uma vez que as crianças em idade pré-escolar têm um pensamento mágico, (Blum, s.d.; Christ *et al.*, 1993) elas assumem que fizeram ou disseram alguma coisa para que o pai ou a mãe ficassem doentes, daí ser muito importante falar com a criança e explicar-lhe o que está a acontecer para que isto possa ajudar logo desde cedo a que a criança perceba que as mudanças que irão ocorrer no seio familiar não são por sua causa mas sim causa da doença. A rejeição aos pais pode acontecer mas, geralmente, só acontece porque as crianças são enviadas para cada dos avós ou outros parentes, uma vez que, os pais não têm capacidade de manter as suas rotinas diárias devido às idas ao hospital ou ao cansaço.

Estas crianças e adolescentes, mostram comportamentos de abstracção total do que os rodeia, por vezes com algum *acting out*, raiva, problemas académicos, a capacidade de concentração escolar é quase nula, a criança está constantemente abstraída devido à doença da mãe ou do pai, no entanto, enquanto algumas vêem isto como uma consequência normal, outras, preocupam-se com o assunto e ficam mesmo assustadas por não conseguirem atingir os objectivos escolares. Piorando ainda mais a situação, alguns pais tendem a achar e/ou a recear que as crianças usem a sua doença como desculpa para as más notas verbalizando isso (Christ *et al.*, 1993). As crianças têm também consequências a nível cognitivo, auto-estima baixa, ansiedade, muitas vezes deixam de participar nas actividades extracurriculares que tinham e outras somatizam (Gabiak, Bender & Puskar, 2007; Hoke, 2001; Leedham & Meyerowitz, 1999; Visser *et al.*, 2005). Muitas delas acabam por regredir a estádios anteriores de desenvolvimento devido ao *stress* que sentem (American Cancer Society, 2006). A maioria das crianças demonstra culpa por pensarem serem elas as causadoras da doença dos pais, sinais de luto e sentimentos de perda e rejeição para com os pais. Em certos casos, chegam mesmo a pensar que quando o pai doente morrer as suas responsabilidades em casa aumentarão e, por isso, tendem a ficar ainda mais angustiadas (Christ *et al.*, 1993). O mesmo acontece com os adolescentes, sendo que para eles este constitui um grande problema e cria bastantes conflitos, uma vez

que querem ser independentes de tudo e de todos e terem de ficar a cuidar dos irmãos mais novos enquanto o casal se desloca para o hospital para fazer um tratamento, por exemplo, não é uma tarefa que lhes agrade. Isto, por sua vez, acaba por criar rupturas familiares e uma certa agressividade e raiva em relação à situação. No caso das raparigas, estas acabam por ser muito mais solicitadas do que os rapazes, o que faz com que se sintam zangadas e angustiadas (Faulkner & Davey, 2002). Os rapazes são antes solicitados para tentarem arranjar um emprego quando a situação financeira não é boa, por exemplo (Christ, Siegel & Sperber, 1994).

A culpa sentida pelos adolescentes é diferente da culpa sentida pelas crianças mais novas. A culpa nos adolescentes é mais no sentido de se quererem afastar dos pais porque é o que é suposto nesta fase desenvolvimental da sua vida mas, no entanto, não o podem fazer devido à doença (Christ, Siegel & Sperber, 1994). Em vez de se identificarem com os seus pais, os adolescentes, tendem a sentir empatia pelo elemento que estiver doente. Eles preocupam-se mais em aliviar os sintomas mas, na maior parte das vezes, isso é impossível, o que os leva a afastarem-se do pai ou da mãe doente de modo a não sofrerem com isso (Christ, Siegel & Sperber, 1994). Os adolescentes preocupam-se mais com a falta que o pai ou a mãe vão fazer na família se morrerem, preocupam-se com a sua influência na família, com a óbvia mudança de papéis e o efeito que a morte terá na parte económica familiar (Christ, Siegel & Sperber, 1994).

Na mente da criança tudo isto assume um diferente significado comparativamente aos adolescentes, pois ela pensa que os pais já não a amam ou que a abandonaram por ser ela a causa da sua doença (Christ *et al.*, 1993). Isto pode causar graves traumas psicológicos na criança, por isso, é importante que esta seja integrada no sistema familiar e que não seja posta de parte devido à doença (Holland & Rowland, 1989). Lewis (2007) considera, contrariamente ao que foi dito, que, apesar da disrupção familiar que o cancro causa, esta é transicional não havendo por isso risco de causar na criança qualquer tipo de processo patológico. Outro facto que pode também acontecer é a criança fingir que está tudo bem e agir de acordo com isso, quando de facto está bastante vulnerável àquilo que se passa à sua volta (Fasciano *et al.*, 2007). Os adolescentes encontram outro tipo de estratégias como o refúgio no seu grupo de pares, utilizando defesas intelectuais, revelando-

se excelentes alunos. Todavia, acabam por procurar um sentido para a doença (Fasciano *et al.*, 2007), fora do contexto familiar, procurando professores ou outros adultos que os possam ajudar a esclarecer melhor tudo o que rodeia a doença oncológica do pai ou da mãe.

O pai que está saudável acaba por não ter competência para colmatar as necessidades dos seus filhos e isto tende a acentuar-se ainda mais nas áreas emocionais, da responsabilidade e da capacidade para impor regras (Siegel *et al.*, 1990). É necessário que as rotinas da criança se mantenham intactas e que haja sempre alguém para a levar às suas actividades ou à escola se for caso disso, de modo a que a criança não sinta que a doença afecta a sua vida.

Em casos em que a doença é bastante prolongada, as crianças encontram-se bastante angustiadas e deprimidas, pois vêem durante anos o sofrimento do pai ou da mãe, ou seja, as hospitalizações de emergência, os tratamentos dolorosos e as suas consequências. (Christ *et al.*, 1993). Para elas e, segundo o mesmo autor, aquilo que mais as perturba nos seus pais doentes são os vômitos, os sangramentos, a desfiguração, falta de ar e a confusão mental, assim como a queda de cabelo a perda de peso e energia. Dado que a identificação é tão importante nas crianças, aquilo que frequentemente acontece é uma somatização (tal como já tinha sido referido), acabando as crianças por terem os mesmos sintomas, ou alguns deles.

Quando um dos pais morre devido ao cancro uma grande dor e sentimento de perda instala-se na família (Christ *et al.*, 1993; Faulkner & Davey, 2002). Nas crianças, os sintomas mais frequentes são os depressivos (Lutzke *et al.*, 1997 cit. por Pfeffer, Jarus, Siegel & Jiang, 2000), a ansiedade e a baixa de competências sociais (Christ *et al.*, 1993). Existe uma grande relação entre o estado em que o pai que sobreviveu se encontra e o estado da criança. Isto é, quando as mães ou os pais estão ambíguos, ansiosos e perplexos perante a morte do seu ente querido, as crianças tendem a encontrar-se da mesma forma, requerendo por vezes tratamento psicológico (Faulkner & Davey, 2002). Estudos realizados por Siegel *et al.* (1996), revelaram que crianças que tinham perdido um dos pais devido ao cancro revelavam mais sintomas depressivos associados a problemas envolvendo ansiedade, problemas comportamentais, diminuição das suas competências sociais e baixa auto-

estima. Enquanto que crianças que sofreram uma morte totalmente inesperada, súbita, ou violenta, como o suicídio de um dos pais, manifestavam para além dos sintomas de depressão, ansiedade muito forte, muita agitação e pensamentos desapropriados à idade (Pynoos, 1992 e Pfeffer *et al.*, 1997 cit. por Pfeffer, Jarus, Siegel & Jiang, 2000). Uma das possíveis explicações para estes resultados é o facto de existir uma mentalização face à possibilidade de morte, o que não acontece noutros casos em que é impossível prever quando é que se vai morrer.

Os pais que sobrevivem sofrem “em silêncio” devido aos seus filhos, mas também, porque será uma altura extremamente difícil para a família na manutenção das regras e hábitos já criados até à data. Muitas das mulheres ou homens (dependendo de quem tiver falecido), têm de começar a reorganizar as suas vidas em termos da perda e do confronto com o futuro sem aquela pessoa, para não falar na parte económica, social e psicológica que fica claramente afectada (Faulkner & Davey, 2002). Muitas vezes o cônjuge que sobrevive sente-se culpado por não ter proporcionando ao ente doente uma melhor qualidade de vida (Siegel *et al.*, 1990). Por tudo isto, muitas vezes a mãe ou o pai que sobrevive, não consegue dar aos seus filhos o apoio que eles necessitam durante algum tempo. Alguns, resolvem esta situação negando estas necessidades e pensando “ah eles estão a recuperar bem e não falaram sequer no assunto!”. Outros, conseguem gerir os sentimentos, sentem-se tristes e incapazes mas são resilientes e ultrapassam a situação. E, enquanto se pensava que a relação entre os irmãos se iria fortalecer durante este período, o que acontece é o contrário, pois estes acabam por se afastar emocionalmente e chegam até a ter alguns conflitos (Christ *et al.*, 1993). No entanto, Siegel (2000) refere que doenças como o cancro podem criar na família ligações e respostas afectivas bastante positivas e que, até à altura, não se tinham manifestado.

Num estudo levado a cabo por Leedham e Meyerowitz (1999), os participantes revelaram que o cancro até lhes trouxe benefícios em termos da visão que passaram a ter sobre a vida.

2.4 Vinculação e Perda – Contextualização

Uma vez que, falar no impacto que a doença oncológica tem na família, é falar, também, no impacto que pode ter nos padrões vinculativos, seguidamente falar-se-á de vinculação e das consequências que uma perda pode implicar. Aqui, a perda será sempre por parte da criança relativamente ao seu prestador de cuidados (esta expressão será utilizada ao longo do texto porque, nem sempre é a mãe que cuida da criança quando ela nasce), pois é isso que neste estudo terá maior relevância.

Segundo Bowlby (1973, 1998), a teoria da vinculação consiste numa forma de conceptualizar a capacidade que todos os seres humanos têm para criarem relações afectivas fortes com o seu prestador de cuidados. Ou seja, a vinculação reporta-se à relação entre a criança e uma pessoa específica, que é percebida como mais forte ou esperta na relação (Bowlby, 1973). Esta é desenvolvida no segundo trimestre de vida e torna-se bastante evidente por volta dos 6 meses, quando a criança mostra, pelo seu comportamento, que distingue o seu prestador de cuidados de outros familiares e ainda de desconhecidos.

Ainda segundo o mesmo autor, a criança quando está na presença do seu prestador de cuidados mostra-se feliz, relaxada e com vontade e confiança para explorar aquilo que a rodeia, no entanto, quando está com pessoas consideradas por ela como sendo estranhas, mostra *stress*, chora pela ausência do prestador de cuidados e procura-o numa tentativa de estabelecer contacto. Estes tipos de resposta duram até um máximo de 2/3 anos de vida da criança e depois diminuem progressivamente. Apesar de ser um comportamento cujas respostas mais agressivas ou relaxadas diminuem ao longo do tempo, a vinculação, faz parte do ser humano para o resto da sua vida marcando-o profundamente em qualquer circunstância, sendo que este é um comportamento de natureza instintiva (American Academy of Pediatrics, 2000; Black, 1998; Bowlby, 1973; Holland, 1996).

O comportamento de vinculação é distinto de todos os outros, o que por vezes leva a que se atribuam muitas das perturbações psicológicas ou psiquiátricas da criança a problemas ocorridos aquando da vinculação ou até mesmo à sua inexistência. Quando existe uma separação (hospitalização longa ou morte, por exemplo) entre a criança e aquele com quem ela estabeleceu a vinculação, é comum observar-se, para além daquilo que já foi mencionado aqui, sentimentos de perda e luto que podem, ou não, levar ao desenvolvimento de uma psicopatologia (Bowlby, 1998). As crianças mais velhas ficam “aborrecidas” com separações longas enquanto as mais pequenas com separações de curta duração (Bowlby, 1973). Estes comportamentos podem ser divididos em quatro fases (Bowlby, 1973, 1981; Parkes, 1972): uma primeira em que se observa uma espécie de letargia, que nos adultos pode durar entre algumas horas e uma semana, podendo ocorrer comportamentos agressivos (explosões de raiva); uma segunda fase em que a criança procura a figura perdida e que pode durar meses ou anos; uma terceira fase de desorganização e desespero; e por fim, uma quarta fase caracterizada por uma maior ou menor reorganização da criança.

Contudo, e apesar de haver uma progressão da primeira para a última fase, a criança pode sempre regredir a alguma das fases acabando por fazer movimentos progressivos e regressivos entre elas. À segunda fase pode ainda acrescer uma certa raiva ou agressividade verificadas antes, numa tentativa de recuperar a figura perdida. Esta agressividade pode ser direccionada para si própria, para o ente falecido ou para outras pessoas. Na tentativa de querer arranjar um “culpado” pela morte do ente querido, a criança, pode acabar por desenvolver uma obsessão que pode gerar, posteriormente, aquilo a que se chama luto patológico. A perda de alguém que se ama é uma das experiências mais dolorosas e intensas que o ser humano pode ter. Para aquele que perde só o retorno daquele que morreu pode atenuar todos os sentimentos de dor que este tem (Bowlby, 1981). Uma série de variáveis parecem influenciar o processo de luto, sendo que, quanto maior é a proximidade entre a criança e aquele que esta perde maior é, também, o sofrimento sentido e, quanto melhor for a vinculação maior será a capacidade de se fazer um processo de luto que não seja patológico (Bowlby, 1973). Contudo, o processo de luto

está também condicionado pela aquisição e formação do conceito de morte por parte da criança, como veremos mais à frente nos pontos seguintes.

Bowlby (1981) considera que, para haver processo de luto tem de existir uma desvinculação da figura perdida e que a forma como esta ocorre é que pode, ou não, propiciar um luto patológico. A aceitação da morte depende de vários factores e, face à perda, ocorrem diversas reacções, sendo que muitas delas não passam pela verbalização de qualquer tipo de sentimento ou atitude. Neste sentido, aparece Aberastury (1984) que, nos seus estudos, constatou que as crianças fazem uma rejeição de alimentos, têm perturbações do sono, entre outras, o que faz com que muitas vezes se vá criando uma deterioração física e psíquica ao longo do tempo. Este processo pode ser passageiro, meramente adaptativo, mas também pode levar a um processo de luto patológico e a uma busca da morte pois morrer com a pessoa amada significa não se separar dela. Ou seja, há uma negação da morte.

Concluindo, a perda de uma pessoa amada não só dá lugar a um desejo de reunião como também a um sentimento de raiva, o que faz com que emerga um pedido de ajuda mas ao mesmo tempo uma rejeição daqueles que tentam atender a esse pedido e, mais tarde, a algum grau de desvinculação (Bowlby, 1981), tornando-se, esta, uma situação ambígua. De certo modo, esta ambiguidade é compreensível, uma vez que a própria criança se sente confusa em relação aos seus sentimentos. Geralmente, isto acontece devido à falta de apoio que a criança sente por parte da sua família que está ocupada com o seu próprio processo de luto. De qualquer das formas, é preciso ter presente que tudo o que aqui foi escrito está condicionado por diversos factores, entre eles a personalidade da criança, a sua idade e o tipo de vinculação que estabeleceu até ao momento da perda.

2.5 Conceito de Morte na Criança

Não faz sentido falar-se na possível perda que a doença oncológica pode trazer à criança, sem se falar na formação do conceito de morte e na sua aquisição e evolução. Deste modo, falar-se-á disso mesmo nas páginas seguintes.

Segundo Teixeira (2003) e Coimbra de Matos (1997), o Homem tem vindo a criar formas para que a sua angústia, sofrimento e medo frente à morte seja minimizado. Isto através do desenvolvimento de pensamentos assentes na perspectiva de uma vida para além da morte, como a reencarnação noutra espécie ou então numa tentativa de negar aquilo que todos nós de mais certo temos, a morte. A morte pertence a todas as idades, géneros e condições sociais, no entanto, só na década de 50/60 se começou a falar nela e esta passou a ser estudada através de ciências como a sociologia, etnologia, antropologia e psicologia (Teixeira, 2003). Outro aspecto importante é que a morte origina nos que perdem alguém muitos sintomas e doenças psíquicas, como por exemplo insónias, depressão e obsessão porque, no fundo, todos os medos são medos da morte (Barros-Oliveira & Neto, 2004). Segundo os mesmos autores, a maior parte do comportamento humano pode ser interpretado em função da morte, por exemplo, o desejo de ter filhos para prolongar a espécie e, em certa parte a sua vida, o medo de doenças que acabam por reavivar uma possível morte, o fenómeno religioso como desejo de transcendência com a vida para além da morte, entre outros. A morte tanto tem a ver com o consciente como com o inconsciente.

A criança tem uma grande capacidade de observação, tanto do mundo físico como do mundo psicológico do adulto e, a percepção da eminência da morte leva a que um quadro depressivo se instale, quadro este que representa o luto antecipado pela perda do objecto (Zavaschi, Bassols, Sanchez & Palma, s.d. cit. por Bowlby, 1973). Este tipo de situações podem ocorrer em casos de doença prolongada como é o caso do cancro. A criança pequena terá apenas um conhecimento instintivo da morte, ou seja, um conhecimento biológico (Coimbra de Matos, 1997). Isto é, tal como os animais, as crianças reconhecem sinais de perigo e de ameaça que podem levar a uma destruição física e então, fazem de tudo para as evitar.

Kastenbaum e Aisenberg (1972, cit. por Barros-Oliveira & Neto, 2004) referem que o medo ou a ansiedade que existe perante a morte, no caso de uma doença, pode ser muito diversificado, isto é, o indivíduo pensa no momento da morte, no medo da surpresa que esta

pode ter, o medo de deixar de ser, de desaparecer, o medo do que acontecerá depois da sua morte, o sofrimento e a angústia que a precedem, o medo de fazer sofrer os outros, o medo só da morte no sentido individual ou daqueles que se ama. Ora, tudo isto passa para a criança, tornando-se ela mesma ansiosa e agressiva, sendo notória a mudança de comportamentos.

O medo que alguém sente relativamente ao morrer depende também da idade em que se sente a perda, ou seja, se quem perde é a criança, o adolescente ou o adulto. Aqui é pertinente referir que nos idosos, o medo de morrer é quase nulo pois esta faixa etária encara o seu fim como algo que faz parte da sua vida (relativamente a estudos de Munnich cit. por Barros-Oliveira & Neto, 2004). Munnich acredita que a finitude é um tema central nas primeiras fases do envelhecimento, tão acentuado que se poderia considerar a velhice como uma espécie de “adeus antecipado à vida”, ou seja, para o autor, estar velho significa que se vai morrer.

Aquilo que é mais frequente é evitar falar-se na morte e no morrer, mais ainda quando se trata de falar sobre isso a uma criança, havendo sempre uma tentativa de protecção em relação a esta. Todavia, a concepção de morte na criança pode ser vista como uma ocorrência normal aquando do seu próprio processo de maturação que está inerente ao seu desenvolvimento. Isto significa que a criança constrói o conceito de morte juntamente com o seu desenvolvimento cognitivo (tema que será tratado mais à frente).

A morte de um dos pais é uma das experiências mais marcantes que uma criança pode vivenciar (American Academy of Pediatrics, 2000; Franco & Mazorra, 2007; Siegel, Mesagno & Christ, 1990), pois com os pais morre também a ilusão que as crianças têm da sua onnipotência. Perante a ausência irreversível de um vínculo provedor de sustentação e contenção, a criança depara-se com profundos sentimentos de desespero e desamparo. Ela perde, desta forma, o mundo que conhecia, aquele mundo em que os pais iam mas também voltavam. O desamparo parece ser aquele que predomina na mobilização das fantasias da criança, o que aponta para o facto da situação de morte de um ou de ambos os pais provocar nela um sentimento de profunda ameaça em relação à sua sobrevivência. Tudo o que a criança tinha até aqui perde-se, a sua estabilidade familiar e uma das suas figuras de

identificação. A agressividade reprimida que possa resultar da morte de alguém pode ser uma dificuldade ao processo de luto, mas esta agressividade só acontece porque a família da criança não a consegue conter, pois está também ela embrenhada em sentimentos de culpa e raiva em relação àquele que faleceu, tal como já foi mencionado.

Segundo os estudos efectuados por Franco e Mazorra (2007), a variabilidade da construção de fantasias que as crianças fazem relativamente à morte depende de vários factores, sendo eles: o momento de desenvolvimento da criança (psicossexual, cognitivo e modo de funcionamento do ego); as condições em que se deu a morte (morte repentina ou não, como aconteceu etc.); a dinâmica familiar antes e depois da morte e o modo como a família lidou com a mesma; o lugar ocupado pela criança no seio familiar, antes e depois da morte; o relacionamento da criança com o pai falecido e com os outros membros da família.

Kubler-Ross (1992) fala em fases de adaptação à morte: choque, negação, revolta, depressão, negociação e aceitação. Todas estas fases foram verificadas no adulto, no entanto, no estudo de Cepêda e Maia (1998), à excepção da fase de negociação, todas elas se verificam também nas crianças doentes e nos seus familiares, portanto, penso ser possível fazer uma transposição para as crianças saudáveis filhas de pais com doença oncológica e, portanto, também elas passariam por estas fases. Ainda no mesmo estudo, as autoras dizem que enquanto Kubler-Ross descreve estas fases como sendo sequenciais no tempo, elas observaram que as fases aparecem, por vezes, em simultâneo e nunca como sendo isoladas umas das outras, podendo haver retrocessos ou avanços.

Segundo Aberastury (1984), versões que supostamente são facilitadoras da elaboração do luto como “a mãe foi para o céu”, por exemplo, revelam-se um entrave ao conhecimento que a criança necessita de ter sobre a morte e sobre o facto desta ser irreversível. Para Amaral Dias (2002, cit. por Correia, 2005) e Marques *et al.* (1991, cit. pelo mesmo autor), a criança necessita de saber o que é a morte, em primeiro lugar porque precisa de adquirir a consciência do perigo, de que ela própria um dia morrerá e depois a consciência de que as pessoas que a rodeiam um dia partirão também.

Deste modo, apesar da criança muitas vezes não compreender totalmente o que é a morte, é importante que tal lhe seja explicado de forma simples e clara, não devendo ser

usadas explicações fantasiosas ou erradas da realidade, tal como será explicado posteriormente.

2.6 Aquisição e Evolução do Conceito de Morte na Criança

Ferrari (2004) refere que a morte, ainda hoje é um tabu, tal como a sexualidade o foi e talvez, em certa parte, ainda o seja. O adulto alimenta a ideia de que a criança ignora por completo a morte ou é indiferente às suas manifestações (Bowlby, 1981; Coimbra de Matos, 1997). Contudo, Bowlby (1981), nos seus estudos, prova que existe uma semelhança entre as respostas apresentadas por crianças e adultos face ao processo de luto, o que significa que elas entendem aquilo que se passa à sua volta. O problema é que na maior parte das vezes os adultos impedem que as crianças participem da morte e do morrer no sentido de as protegerem de um mal. Porém, ao se fazer da morte um assunto tabu, impedindo as crianças de se familiarizarem com ela, estamos antes a provocar nelas um medo desnecessário e incontrolável, que deve ser combatido (Aberastury, 1984; Kluber-Ross, 1996).

Para se poder entender melhor a aquisição do conceito de morte na criança, é também importante falar na aquisição do conceito de doença, pois tanto um como outro surgem mais ou menos da mesma forma e uma vez que neste caso os dois estão relacionados, é pertinente que se perceba em que se tocam.

Na perspectiva de Baider, Cooper e De-Nour (2000), as crianças de 2 anos (e até mais pequenas), não entendem ainda o conceito de doença e respondem apenas e somente à separação dos seus pais. Aqui podemos referir Ferrari (2004) que diz que a criança no início da sua vida apenas entende a ausência e não a morte. Entre os 3 e os 6 anos as crianças têm um conceito primitivo de doença, que se baseia no contágio, daí que seja importante, no caso específico da doença oncológica, explicar à criança que ela não corre nenhum risco de contágio. Nestas idades existe também a concepção de que aquilo que

cura as doenças são os cremes, comprimidos e ligaduras, sendo que, para elas, a doença dura apenas uns dias ou umas semanas. Isto acontece porque o seu conceito de tempo é ainda muito relativo e, portanto, é importante que os pais expliquem que esta não é uma doença que se cure facilmente, para que a criança não se sinta frustrada nas suas expectativas. Por volta dos 6/7-8 anos a criança conhece então o que é estar doente mas ainda não vê na doença uma possibilidade de morte. Entre os 7 e os 13 anos já têm um conceito mais concreto de doença e, por isso, vão querer saber como é que os pais se sentem e qual é o plano de tratamento que estão a seguir, uma vez que, estão expostas àquilo que passa na televisão e, por isso, o seu conhecimento do cancro é um tanto ou quanto alargado, já sabendo que é uma doença que se pode revelar mortal. Os adolescentes, por sua vez, têm uma visão mais abrangente de tudo isto, sendo que as suas preocupações são bem maiores do que nas outras idades. Nesta faixa etária já se fazem pesquisas na internet, em livros, etc. e já vão saber por eles mesmos aquilo que o pai ou a mãe tem, de que forma pode ser tratado e quais as consequências. No entanto, o facto de procurarem apoio no seu grupo de pares faz com que seja um grupo em menor risco pois a capacidade de resiliência acaba por ser maior, devido à contenção que encontram nele.

2.6.1 Momento em que a criança adquire o conceito de morte – diferentes perspectivas

As crianças pequenas vêem a morte e a vida como um sono, como algo que pode ser interrompido e depois retomado. São dois modos de estar que não são antagónicos para elas, pois tal como se pode estar a dormir e depois se pode acordar, também se pode morrer e depois viver. Mais tarde as conotações dadas ao estar vivo e ao estar morto vão-se modificando e aquilo que está vivo move-se, desloca-se, enquanto que a morte adquire noções como imobilidade e insensibilidade. A morte acaba posteriormente por se integrar em rituais como o caixão, o túmulo, o funeral etc. (Ferrari, 2004), isto é, hábitos sociais.

Mais tardiamente, entre os 5 e 10 anos, o conceito de morte vai tomando uma certa forma, sendo que sofre uma evolução ainda pouco precisa e que deixa os vários autores

que estudaram e estudam este tema divididos quanto às diferentes etapas do seu desenvolvimento. Contudo, é possível, ainda assim, estabelecerem-se certas linhas na formação do conceito, para tal, seguem-se alguns pontos de vista que achei pertinente referir.

Segundo, Brun (2003) na infância o medo do escuro chega a ser mais forte que o medo da morte. A criança não consegue ainda imaginar a destruição, o caixão, o aterrorizador que é o “nada”, que todos temem e que até os adultos não conseguem suportar. Por isso é que uma criança, na sua inocência e ingenuidade, brinca com a palavra morte. Quer a criança seja pessoalmente portadora de uma doença mortal ou perca um ente querido, o encontro com a morte cria sempre, na perspectiva freudiana, uma perturbação das suas referências de identidade e de tempo (Freud, s.d. cit. por Brun, 2003).

Por sua vez, Nagy (1948, cit. por Holland, 1996), refere que por volta dos 3 anos a morte é vista como algo reversível. Entre os 5 e 9 anos a criança compreende a finalidade mas vê-a em termos de separação. Depois dos 9/10 anos uma compreensão mais madura da morte emerge e a finalidade biológica impõe-se.

Zavaschi, Bassols, Sanchez e Palma (s.d. cit. por Bowlby, 1973) referem que até cerca dos 4 anos de idade as crianças têm, em relação à morte, uma ideia de que esta é reversível. O conceito, ainda que seja de modo parcial e incompleto, será mais tarde apreendido de uma forma concreta, porém esta apreensão está directamente relacionada com aquilo que as crianças obtêm dos adultos em termos de informação. Entre os 4 e os 10 anos de idade forma-se o conceito de morte já como uma situação irreversível. A criança compreende-a então como um acto de justiça, ou punição, por algo que tenha cometido. A partir dos 9/10 anos forma-se definitivamente este conceito. Nestas idades é comum encontrar-se um sentimento de negação (Holland, 1996) face à morte e como esta depende de factores sobretudo emocionais, aquilo que se verifica é uma negação intensa, intercalada com períodos de agressividade e ansiedade extremas.

Torres (1979, cit. por Teixeira, 2003) associou o conceito de morte a 3 dos 4 estadios de Piaget. No Período Pré-operatório as crianças não conseguem fazer a distinção entre seres inanimados e animados não percebendo, por isso, a morte como algo irreversível

(ideia partilhada por Brun, 2003). No Período das Operações Concretas elas já distinguem entre seres animados e inanimados mas não apresentam respostas de causalidade em relação à morte. No Período das Operações Formais elas já a reconhecem como um processo que é interno, implicando este, uma paragem das funções vitais do ser humano. Contudo, Kubler-Ross (1992), refere que as crianças reagem à morte de um ou de ambos os pais mediante a forma como foram educadas até ao momento da perda. Se os pais nunca mostraram medo da morte, então a criança não incorrerá em problemas ou traumas psicológicos e fará um luto dito, de certa forma, normal. No entanto, o mais importante para se conseguir elaborar o luto é aceitar que aquela determinada pessoa já não se encontra entre nós, é aceitar a sua morte como algo que faz parte da vida dos seres vivos (Teixeira, 2003).

Na perspectiva de Coimbra de Matos (1997), de início a criança por volta dos 3 anos de idade, concebe a morte de uma forma violenta, ou seja, não se morre é-se morto. No período edipiano conhece a agressividade sobretudo dos adultos, os seus pais, e a sua própria agressividade, sendo que aos medos orais e anais (devoração, despedaçamento e esmagamento, encarceramento) juntam-se os medos ligados à rivalidade edipiana. Esta angústia, que é uma angústia de morte, acaba, todavia, por ser quase que anulada para dar lugar à angústia de castração uma vez que existe protecção por parte dos pais e estes não pretendem matar a criança. A morte entre os 4/6 anos é vista como um acontecimento transitório e por isso mesmo reversível, tal como um sono do qual se pode acordar. Pelos 6/10 anos é que a criança começa a preocupar-se com a sua própria morte. Não se morre apenas de forma violenta mas também por uma doença ou por velhice. Cerca dos 6/7-8 anos ainda não se apercebe da fatalidade da morte, confia ainda na sua capacidade de onipotência e na onipotência dos outros, nomeadamente a dos pais, médicos e porventura Deus. Apesar de entender que ela é irreversível acha-a evitável. Aos 9/10 anos já tem medo de morrer e não quer morrer, é aqui que a criança percebe que a morte é um facto irreversível, que muitas vezes não pode ser evitada e que não se pode ressuscitar.

Segundo Golse (1985, cit. por Correia, 2005), a aquisição do conceito de morte poderá ser analisado segundo duas perspectivas: a intelectual e a afectiva. No que concerne à perspectiva intelectual, três noções têm de estar presentes, sendo elas, a de

irreversibilidade, universalidade e o desconhecimento da pós-morte. O conceito de irreversibilidade aparecerá por volta dos 4/5 anos em que a criança compreende a noção de “nunca mais”; atinge a universalidade quando percebe que a morte atinge qualquer um dos seres vivos (5/6 anos); e adquire que após a morte tudo é desconhecido um pouco mais tarde, podendo até, esta noção, não chegar a ser conhecida. Aqui pode-se falar dos sistemas religiosos e/ou filosóficos que em tudo ajudam no prolongar de uma esperança de vida após a morte e que podem influenciar a criança nesse sentido, daí que em torno da morte haja sempre uma grande ansiedade e mistério. Em relação à perspectiva afectiva, esta relaciona-se com a questão da ausência que pode ser analisada mediante uma angústia de castração e de perda do objecto. A noção de morte está, deste modo, relacionada com a aceitação de uma perda definitiva do objecto.

Korcher (1974, cit. por Correia, 2005) estabeleceu uma relação entre o desenvolvimento cognitivo da criança e as atitudes desta perante a morte, deste modo, estabeleceu 3 etapas (à semelhança de Torres, 1979 cit. por Teixeira, 2003): uma primeira relacionada com o Período Pré-operatório onde apareceriam os raciocínios fantasiosos e mágicos (raciocínio egocêntrico); uma segunda ligada ao Período das Operações Concretas, onde a criança teria pensamentos sobre formas de infligir a morte nos outros; e por fim, uma terceira relacionada com o Período das Operações Formais, em que as explicações dadas pela criança são mais precisas, já com ideias de deterioração física, causalidade e reconhecimento da morte como um fenómeno biológico natural. O autor acrescenta, ainda, que se as crianças tiverem contacto directo com situações que envolvam a morte apresentam uma melhor elaboração da mesma e até do seu processo de luto.

Tal como de pôde observar, mais ou menos todos os autores têm a mesma opinião em relação à altura em que se adquire o conceito de morte, assim como do processo que leva à sua aquisição. Ou seja, a irreversibilidade da morte só seria adquirida, segundo a maior parte dos autores, por volta dos 8 anos e, só por volta dos 10 é que as crianças percebem que todas as pessoas morrerão um dia. Antes disso a morte é apenas uma cessação, uma partida, o equivalente a uma separação, ou seja, algo que é reversível. Num

primeiro momento, a morte não passa de um acidente que provém de algo exterior ao qual se poderia ter escapado, ela está ligada ao assassinio, ao desejo de morte e à sua culpabilidade. Só mais tarde a morte adquire o sentido de ser universal e de que todos nós iremos morrer um dia.

Concluindo, segundo Kubler-Ross (1996), pode-se observar através dos diferentes estudos das diferentes religiões, que a ideia sobre a morte forma um núcleo em todas elas. As crianças expressam o medo que sentem em relação à morte em linguagem verbal e não verbal, sendo que esta última é mais frequente, contudo, é o mundo dos adultos que teme enfrentar o problema da morte o que se reflecte na criança (Aberastury, 1984). Furman (1974, cit. por Baker, Sedney e Gross, 1992) refere que compreender a morte é um factor indispensável ao processo de luto, por sua vez, o luto é uma das coisas mais importantes para a criança conseguir compreender a morte. Ou seja, são processos que se tornam inseparáveis um do outro. Quer se trate da morte da própria criança ou de outra pessoa, ela tem sempre de fazer o luto de uma parte de si mesma (Brun, 2003). Se os adultos mentem à criança, esta acaba por se aperceber disso e perde não só a confiança que tem neles, como no mundo, acabando por se isolar do assunto e preencher as lacunas do seu pensamento com fantasias que podem ser prejudiciais ao processo de luto.

Por todos estes factores, é essencial uma educação sobre e para a morte, esta não precisa de ser algo catastrófico e destrutivo, ela pode ser vista de forma construtiva, positiva e criativa, podendo ensinar a viver (Baker, Sedney e Gross, 1992; Barros-Oliveira & Neto, 2004; Kubler-Ross, 1996). Referindo os autores Barros-Oliveira e Neto (2004), a aceitação da morte constitui um dos maiores sinais de maturidade humana, pois ela compreende uma reorganização e reconstrução interna e pessoal, sendo um desafio emocional e cognitivo com o qual a criança terá de aprender a lidar.

3. METODOLOGIA

O presente estudo tem como delineamento o Estudo de Caso. Consistiu em três entrevistas, as duas primeiras com a mãe da criança e a última com a criança. O sujeito deste estudo é uma criança com 8 anos, Matilde, cuja mãe tem cancro na mama.

Na primeira entrevista foi explicado à mãe em que consistiria o estudo, quais os materiais a ser utilizados (Questionário Desiderativo), qual o objectivo pretendido e o tempo que iria ser necessário até estar tudo concluído. Na segunda, foi recolhida a história clínica da criança e algumas informações sobre o estado de saúde actual e passado da mãe. Na última entrevista foi aplicado o Questionário Desiderativo à criança.

3.1 Informações sobre a mãe

A mãe da Matilde demonstra ser uma pessoa muito independente e com grande vontade de viver. É uma mulher nova e bonita que sempre lutou por tudo aquilo que queria.

Quando lhe foi diagnosticado cancro da mama, rapidamente percebeu que teria de fazer de tudo para vencer a doença e disse desde o início que se tivesse de fazer uma mastectomia a faria. Revelou-se uma mulher de grande coragem. Não se deixou abater pelo diagnóstico e continuou a sua vida da forma mais normal possível. Nunca tinha tido anteriormente problemas de saúde de grande gravidade.

O facto de estar sozinha acerca de 8 anos com a sua filha, fez dela uma mulher independente que conta consigo acima de tudo, no entanto, deixa transparecer a cumplicidade que tem com a sua família, principalmente com a irmã e os pais.

Relativamente à Matilde nota-se claramente um orgulho e carinho muito grandes, bem como alguma vaidade quando fala dela.

Neste momento continua a realizar quimioterapia, já tendo feito radioterapia, já não tem cabelo mas não tem vergonha disso. Inicialmente pensou em usar uma peruca mas, em conversa com a filha, ambas decidiram que não faria sentido e que um lenço ou um gorro ficariam muito melhor.

3.2 Descrição do Caso

A Matilde é uma criança de estatura e peso normais para a sua idade, 8 anos. Tem os olhos e os cabelos castanhos. Tem as sobrelanceiras carregadas e a pele clara. Move-se com graciosidade e está sempre muito sorridente e bem-disposta.

A Matilde nasceu dia 27 de Novembro do ano 2000. A sua mãe refere que foi uma gravidez totalmente planeada e desejada, tendo decorrido bem e sem qualquer tipo de problemas. A mãe da criança diz que nunca fantasiou muito durante a gravidez, uma vez que sempre pensou que seria um rapaz e só soube que era uma menina na última ecografia que fez. Apesar de achar sempre que seria um menino, diz nunca ter sido capaz de objectivar um nome mas que, quando soube que era uma menina fê-lo imediatamente escolhendo o nome Matilde.

A Matilde nasceu de cesariana, pois não deu a volta e tinha o cordão umbilical enrolado três vezes à volta do pescoço estando já em sofrimento. Por causa disto, teve de ser reanimada e passou um dia e meio no serviço de neonatologia da maternidade. A mãe diz sobre esta situação “custou-me horrores!”. Porém, a criança nasceu bem e de tamanho e peso normais.

A Matilde foi amamentada durante um mês, tempo em que a mãe teve leite, a partir daí começou por tomar um suplemento por biberão e posteriormente passou a ser totalmente alimentada através do mesmo. A primeira papa da Matilde foi por volta dos 3/4 meses, “muito cedo” diz a mãe, “porque ela enjoava do leite”. O leite da criança tinha de ser anti-alérgico, uma vez que o pai tinha um historial de alergias e a mãe também. Quanto aos

alimentos sólidos, a mãe diz que a Matilde sempre os recebeu muito bem, à excepção da fruta que, ainda hoje, não gosta de comer preferindo os potes de fruta (bledines). As refeições, mesmo aquando da amamentação, decorriam sempre de forma calma e serena, a criança comia sempre muito bem, coisa que se mantém até hoje.

A mãe da Matilde não sabe quando esta teve o seu primeiro sorriso mas diz que deve ter sido quando ela era ainda muito pequena pois sempre se lembra dela ser muito risonha e bem-disposta. Acha que as primeiras lalações ocorreram por volta dos 8/9 meses, contudo a primeira palavra proferida foi avó e por volta dos 7 meses. Acrescenta ainda, que a Matilde sempre foi uma criança muito explicada e que sempre utilizou os pronomes de forma correcta, construindo as frases sempre com muitos adjectivos. Relativamente à angústia do 8º mês, a mãe refere que a Matilde nunca foi uma criança estranha mas que foi por volta do 8º mês para o infantário, sendo que durante os 15 dias seguintes ficava sempre a chorar muito quando a mãe se ia embora. Nesta situação tinha sempre de ficar ao colo de uma das educadoras. Apesar disto, continuou a sua alimentação e sono de forma normal, tanto no infantário como em casa. A Matilde, por volta dos 18 meses já não usava fraldas durante o dia, apenas à noite, sendo que por volta dos 2 anos e poucos meses deixou de as usar totalmente. Começou a comer com talheres por volta dos 18 meses, trocava-os algumas vezes mas comia bem com eles, a mãe acrescenta ainda que era muito harmoniosa nos seus movimentos.

Embora se tenha desenvolvido sempre bem, a criança teve de usar um aparelho nas pernas devido à sua displasia na anca, o que atrasou a locomoção, só a iniciou por volta dos 14 meses.

A Matilde dormiu no quarto da mãe até por volta dos 2/3 anos porque tinha muita dificuldade em dormir sozinha. Esta foi a altura em que passou para o seu quarto, onde a cama tinha de estar encostada à parede pois, segundo a mãe, a criança sentia-se muito insegura com a cama no meio do quarto. Para que a Matilde adormecesse a mãe tinha de ficar ali ao pé dela e só assim a criança ficava bem. O ritmo vigília-sono sempre foi normal, desde os 2 meses que dormia noites inteiras sem acordar. Quando questionada sobre algum tipo de “ritual” antes de adormecer, a mãe, respondeu que houve uma fase em que a Matilde queria que ela lhe contasse histórias. Por vezes, a mãe atendia ao pedido da criança

e lia-lhe parte de um livro, outras dizia que não tinha paciência, mas assim que ela ficava ao pé da criança esta adormecia.

No que concerne a possíveis regressões, a mãe diz que nunca notou nada de especial à excepção de quando a criança via fotografias ou bonecos antigos e fazia de “bebezinha”. No entanto, os poucos retrocessos que teve, coincidiam sempre com as “aparições” do pai. Estas visitas faziam com que a Matilde ficasse muito instável, chorasse, dormisse mal e regredisse, segundo palavras da mãe “parecia que tinha de aprender tudo de novo”. Aqui aproveitou para contar uma pequena situação que aconteceu com o pai da Matilde. Este combinou com a filha uma hora para a mãe a ir levar a casa dele e quando elas lá chegaram as duas ele simplesmente não abriu a porta. A partir daqui a mãe decidiu por um “basta” na situação e não permitiu que tal voltasse a acontecer, pois o pai era uma presença desestabilizadora para a filha.

A Matilde nunca teve qualquer tipo de objecto transitivo. A mãe diz que ela sempre teve alguns brinquedos preferidos mas nada que quisesse levar caso fossem de férias, por exemplo. A mãe diz ainda que a Matilde não ligava muito à chucha e que só a usava para dormir ou quando fazia birras.

Quanto a possíveis eventos marcantes, a mãe diz que nunca houve nada assim de muito saliente. De problemas de saúde apenas teve a displasia na anca e varicela por volta dos 2/3 anos. Fazia algumas otites e constipações e, uma vez fez um corte no joelho que teve de levar pontos. Nunca houve separações marcantes, excepto quando a mãe teve de ser operada ao peito em Dezembro último. A mãe diz que a Matilde ficou preocupada e quase não conseguiu dormir (a mãe sabe isto porque foi a Matilde que lhe contou). Outras vezes em que se separaram, foi quando a mãe tinha de fazer algumas formações relacionadas com a sua área profissional, em que a criança ficava em casa dos avós maternos. No que respeita ao problema, evidente, entre a Matilde e o pai, a mãe diz que o pai saiu de casa quando ela ainda tinha 4 meses e que quando saiu o divórcio ela já tinha 18 meses. A mãe acha que lhe deve ter transmitido alguma instabilidade por essa altura. Recentemente faleceu o avô paterno e a Matilde ficou muito triste, não que tivessem uma relação próxima, acrescenta a mãe, retorquindo ainda que a criança achava que sim, até porque eles fisicamente são muito parecidos.

Relativamente à escola, a Matilde entrou ainda com 5 anos. A mãe diz que ela é uma criança muito distraída e faladora, contudo é boa aluna. Com os colegas dá-me muito bem e gosta muito de contar anedotas, é muito divertida, sendo ela que anima todas as brincadeiras.

A relação que a Matilde tem com a mãe é muito boa mas com o pai é inexistente. Quando o pai a procura, ela não o rejeita, mas actualmente também já não tem interesse em estar com ele ou procurá-lo. Segundo a mãe, as principais referências na vida da Matilde são os avós e tios maternos, bem como o primo que tem a mesma idade.

As brincadeiras e jogos da Matilde são calmos e quando se tornam agitados ela diz que aquilo não é brincar. Actualmente brinca muito às mães e aos pais. A mãe acrescenta ainda, que detesta brincadeiras e que rejeitava as brincadeiras que a filha queria fazer e que, por isso, desde muito cedo que a criança se entretém a brincar sozinha.

Tal como já foi referido, a Matilde é uma criança muito bem-disposta e risonha.

Relativamente aos interesses e condutas sexuais, a mãe refere que no infantário que a criança frequentava sempre introduziram este tipo de temas desde muito cedo. A Matilde aprendeu “de onde vinham os bebés” por volta dos 4/5 anos, bem como as diferenças entre meninos e meninas, tendo sempre aceitado isso de forma natural. A mãe refere também que, quando alguém dizia que os bebés vinham no bico da cegonha, ela dizia logo que não e que estas vinham da barriga das mães.

Quando foi pedido à mãe que descrevesse a Matilde ela disse, e passo a citar: “É uma criança muito meiga, uma coisa surpreendente porque eu não sou de exteriorizar e ela é muito dengosa. É muito animada, insegura às vezes, muito carente, tem algumas vergonhas, não é descarada, é muito popular. É muito faladora e muito teatral, se é um drama é um grande drama, se é uma alegria é uma grande alegria, acentua muito os extremos. É muito madura e inteligente.”

Outros aspectos que ressaltaram durante a recolha da história clínica, foi que a Matilde já fez terapia com uma psicóloga, onde fez uma avaliação que teve como resultado que ela não tinha problemas afectivos causados pela ausência do pai. A mãe da Matilde referiu por diversas vezes que ela é muito dócil e querida.

3.3 Caracterização do Instrumento

O instrumento a ser utilizado será o Questionário Desiderativo (Anexo 1) que foi reestruturado por Bernstein e que avalia, segundo os autores Friedenthal e Ocampo (1981), as angústias, fantasias e defesas em torno da morte de forma implícita, uma vez que a palavra morte não aparece no questionário, não sendo por isso constrangedor ou ameaçador para a criança do ponto de vista psicológico.

O questionário é constituído por seis perguntas que têm como objectivo obter três escolhas e três rejeições: “O que é que tu gostarias de ser se não fosses um menino (ou uma menina)? Porquê?” (primeira escolha). Nem menino (ou menina) nem a primeira escolha e porquê. Nem menino (ou menina) nem as escolhas anteriores e porquê. As outras três perguntas são formuladas da mesma forma mas com sinal inverso: “O que é que tu **não** gostarias de ser se não fosses um menino (ou uma menina)? Porquê?” e assim sucessivamente, tal como nas primeiras três perguntas. Cada escolha será acompanhada da respectiva justificação. Neste caso, o teste terá uma versão feminina.

Aquilo que as perguntas implicam no indivíduo é que este se aniquile, de forma imaginária, e consiga pensar-se como sendo um outro ser vivo ou objecto.

O estudo de cada uma das respostas passa por uma análise de conteúdos baseada nos estudos realizados pelos autores acima citados.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Aqui proceder-se-á à apresentação e análise das respostas da Matilde ao Questionário Desiderativo. Para tal, estas serão apresentadas num quadro, de modo a facilitar a sua visualização e compreensão.

Respostas da Matilde ao Questionário Desiderativo

Pergunta	Resposta	Justificação
1	Um rapaz.	Porque se não fosse uma menina tinha de ser um rapaz, não podia ser um alienígena porque só há dois sexos!
2	Não sei... Uma planta, um girassol.	Porque os girassóis são muito bonitos e por serem muito bonitos as pessoas levam-nos para casa e assim podia desfrutar da minha vida com pessoas humanas.
3	Uma girafa.	Porque assim podia chegar alto e ver o sol mais de perto.
4	Um E.T.	Porque eles são muito estranhos e vivem noutra planeta e estão noutra mundo e andam em naves espaciais e eu não acho isso nada engraçado.
5	Uma árvore.	Porque tinha de ficar parada e depois as pessoas tratavam-nos mal e depois ficávamos todas despidas e cheias de frio.
6	Uma doença.	Porque podia fazer mal às plantas, aos humanos e também aos animais e eu não gosto de fazer mal às pessoas.

TABELA 1: respostas dadas no Questionário Desiderativo.

A aplicação do teste demorou 10 minutos. A Matilde manteve-se aparentemente relaxada, embora em certas alturas se tivesse notado que estava como que a ser forçada. O tempo de reacção às 6 perguntas variou entre os 5 e os 10 segundos, à excepção da sexta pergunta em que o tempo de reacção foi de 25 segundos, o que já se pode considerar

elevado. Pode-se dizer, então, que a Matilde teve alguma dificuldade em responder à última pergunta, o que significa que o impacto que esta lhe causou foi intenso.

Fazendo agora uma análise pergunta a pergunta, podemos observar que frente à primeira, a Matilde bloqueia, ou seja, não consegue elaborar a angústia que lhe causa não poder ser pessoa e, por isso, escolhe “ser rapaz” (sexo oposto). Há, portanto, uma negação clara das instruções e uma tentativa de permanecer humana. Na segunda pergunta há uma hesitação, ela começa por dizer “Não sei” e só depois escolhe ser girassol. A justificação apresentada revela claramente que ela ainda não se conseguiu imaginar totalmente não sendo pessoa, pois só escolhe girassol porque estes são bonitos e assim poderia continuar a relacionar-se com os seres humanos, indo para casa deles, um lugar acolhedor e, de certo modo, muito pessoal. Assim sendo, poderia não ser pessoa mas não se afastaria delas. Aqui encontramos, efectivamente, uma angústia de separação. Na terceira questão, a Matilde, quer ser uma girafa porque poderá ver o sol mais de perto. Parece existir, nesta resposta, uma necessidade de calor, de afecto (sol), o que mais uma vez demonstra uma necessidade de se manter humana, de não se separar. Contudo, esta resposta acaba por ser muito simples e evasiva, não contendo muitos atributos, dificultando, por isso, uma análise mais pormenorizada.

No que respeita às questões negativas, a Matilde começa por responder E.T., recorrendo à fantasia. A sua justificação deixa transparecer uma necessidade de apego e de proximidade à humanidade, o que ela não quer é ficar sozinha, o que se tem verificado até agora nas respostas anteriores. Na quinta pergunta ela escolhe árvore, um elemento forte e durável, contudo atribui-lhe características frágeis. Ao ficar parada ela não pode ir ter com quem quer, não se pode defender daqueles que “a tratam mal”, acabando por ficar sozinha e vulnerável à morte (“despidas e cheias de frio”). Na última pergunta, a Matilde, escolhe não ser uma doença, rejeitando identificar-se com a morte e sentindo impotência face à mesma. Quando menciona que não gosta de fazer mal às pessoas, o que ela realmente quer dizer é que não tolera aquilo que lhe está a acontecer, ou seja, não consegue elaborar o facto da mãe estar doente e da possibilidade da sua morte.

Concluindo, aquilo que as respostas da Matilde revela, a grosso modo, é uma necessidade constante de contacto com aqueles que ela ama, temendo ficar sozinha, isto é, sem a mãe.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de analisadas as respostas da Matilde, pode-se concluir que o Questionário Desiderativo constitui, de facto, um bom instrumento para explorar as angústias, fantasias e defesas relativas à morte. Através da identificação projectiva, dissociação e racionalização, mecanismos de defesa suscitados pelo teste, as autoras Nijamkin e Braude (2000, cit. por Guimarães, Pasian & Barbieri, 2006) consideram ser possível perceber-se o nível de força do ego do analisado, o seu grau de flexibilidade e a sua capacidade de adaptação.

Segundo Friedenthal e Ocampo (1981), existem limitações na aplicação do questionário, pois há indivíduos demasiado rígidos e com grande medo da morte, aos quais este não pode ser aplicado. A isto acresce o facto, de serem indivíduos incapazes de realizarem a identificação projectiva por não se conseguirem desligar do objecto, ou seja, o objecto e eles são um só. Na primeira pergunta pretende-se que o analisado consiga ultrapassar o impacto que as instruções lhe possam causar, ao mesmo tempo este terá de avaliar aquilo que pretende defender da morte. Friedenthal e Ocampo (1981), consideram que a primeira escolha corresponde àquilo que mais se teme perder. No caso da Matilde, observa-se aqui uma negação das instruções. Ao não se conseguir imaginar não sendo pessoa, a angústia que ela sente é tão forte que a obriga a escolher ser rapaz, evitando assim, a perda imaginária da sua existência. Isto acontece em resposta ao choque sentido e pode ser observado, também, na justificação dada, em que a criança limita a vida à existência de dois sexos, não sendo capaz de elaborar a angústia não consegue fazer, neste caso, a identificação projectiva. Para além da negação das instruções, outras reacções que a alusão à morte, provocada pelo teste, cria, são um bloqueio e uma micromorte, que aqui não se verificam.

A primeira rejeição corresponde à pergunta 4 e diz respeito àquilo que mais se quer perder. Como a situação de teste já não é desconhecida pela criança, esta deverá ser capaz de discriminar aquilo que para ela é mais intolerável no seu interior e colocar isso num objecto externo que o represente. Deste modo, e bem, apesar de recorrer à fantasia não querendo ser um E.T., a Matilde espelha o seu receio de desvitalização mostrando que

aquilo que lhe é totalmente insuportável é o facto de se imaginar longe da sua família, ou seja, mais uma vez, da sua mãe. Aqui, ela mostra ser capaz de fazer uma saudável identificação projectiva pois, nunca se identifica directamente com o objecto.

Analisando agora a segunda resposta, há uma ênfase no facto dos girassóis serem bonitos e de ser, por isso, que as pessoas os levam para casa. Escolhendo aspectos do seu mundo interno que deseja preservar (beleza), a Matilde, mostra a dependência do seu *self* face ao Homem (a mãe), confundindo-se com o girassol (“desfrutar da minha vida com pessoas humanas”). Ora, isto pode significar que as pessoas apenas se relacionam com ela por ela ser bonita mas, também poderá querer dizer que ela teria de ser muito mais bonita para ser merecedora de ter a sua mãe. Se assim for, há sem dúvida alguma culpabilização pela doença da mãe. Uma outra hipótese de análise poderá ser que como os girassóis são bonitos, alguém os levava para sua casa e isso permitir-lhe-ia realizar o seu desejo de nunca se desligar dos seres humanos e continuar a relacionar-se com eles. Nestas várias hipóteses de análise o que se torna constante, é o facto de haver sempre uma luta contra a perda de identidade que o teste provoca, atribuindo ao elemento girassol, características de vinculação.

A resposta “Uma girafa. Porque assim podia chegar alto e ver o sol mais de perto.” pode ter diversas interpretações. Se pensarmos nas características deste animal, percebemos que ele facilmente observa tudo o que se passa à sua volta, devido ao tamanho do seu pescoço. Assim sendo, a Matilde pode querer dizer que precisa de observar tudo o que se passa com a mãe, não querendo que lhe escondam nada. A resposta pode também significar um grande investimento intelectual para tentar interiorizar e adaptar-se a tudo aquilo que se passa na sua vida e, deste modo, a cabeça acaba por estar muito longe do seu corpo como se fossem duas realidades distintas. Apesar de estar aqui presente uma grande angústia, uma vez que a resposta é muito vaga e evasiva (como já foi referido anteriormente), o facto de escolher o símbolo sol, demonstra uma grande carga positiva e rica no seu significado. Isto demonstra que, apesar de tudo, existe uma tentativa de elaboração da angústia.

A resposta mais curiosa do questionário é a número 5. Ao escolher uma árvore, que supostamente seria vista pela sua robustez, durabilidade e pelo facto de dar frutos (escolha

forte como símbolo desiderativo), aqui é vista pelo facto de ficar despida (quando as suas folhas caem) e por isso ter frio. A Matilde pode querer dizer que não quer perder a mãe (folhas), pois sem ela fica despida (sozinha) e com frio (falta de afecto). O facto de a árvore estar parada remete-nos para a impotência que ela sente face à morte, sendo que a esta lhe pode tirar aquilo que gosta (tratam-nos mal). Geralmente, as crianças desta idade atribuem à morte características como a imobilidade e insensibilidade (já mencionado no ponto 2.6.1) e aqui verifica-se claramente a imobilidade (parada). É pertinente referir-se, ainda, que ao fazer a identificação projectiva esta revela um ego fraco pois ela confunde-se claramente com o objecto, não se conseguindo distanciar das angústias provocadas pela projecção.

Apesar dos autores Friedenthal e Ocampo (1981), constatarem através dos seus estudos que a maior parte dos indivíduos responde ao questionário sem nunca fazer uma alusão à morte, a Matilde fá-la de forma clara nesta última pergunta. Verifica-se nesta resposta um tempo de reacção muito elevado (25 segundos), face às restantes. Aqui, não só há uma elevada angústia resultante daquilo que o teste provoca, como existe um grande medo relacionado com a possível perda de que ela pode ser alvo. A Matilde, mais uma vez, confunde-se com o objecto, chegando mesmo a utilizar o pronome “eu”, ocorrendo uma falha na identificação projectiva e uma rejeição de identificação com a morte. Pegando nos autores Barros-Oliveira e Neto (2004), a maior parte do comportamento humano pode ser interpretado em função da morte e, apesar da criança não ter feito uma elaboração bem sucedida, expressa claramente a sua angústia, o medo da doença e do que ela pode provocar.

Tudo aquilo que concerne ao conteúdo manifesto representa, segundo Friedenthal e Ocampo (1981), uma solução existencial frente à morte, ou seja, o sentido que se dá à vida. Deste modo, se analisarmos as três primeiras respostas da Matilde, podemos constatar que ela se identifica com figuras cujas características evitam a morte (o girassol que gira conforme o sol de modo a não morrer e a girafa que com o seu grande pescoço consegue alimento onde os outros não chegam e avista os predadores) e as suas justificações vão sempre no sentido da relação com os seres humanos.

Aspectos como a onipotência, aliada à fantasia de se manter eterno com o intuito de negar a morte, não foram aqui observados mas seriam um bom elemento de análise. Os autores dizem também, que nas três escolhas rejeitadas aparecem frequentemente mecanismos como a rejeição de identificação com a morte e a agressão concomitante, ocorrendo as rejeições por deslocamento de características passíveis de serem associadas à morte. Contudo, apenas a rejeição de identificação com a morte aparece, na resposta seis, não havendo elementos que comprovem tanto o deslocamento como a agressividade. Se bem que “tratavam-nos mal”, na resposta à pergunta cinco, levanta algumas dúvidas sobre a existência de uma possível fonte de agressividade ou revolta face às consequências inevitáveis da doença da mãe e da possibilidade de morte.

Por último, é também importante referir que neste questionário, uma elaboração bem sucedida da morte é a que permite ao indivíduo a possibilidade de mudança, ou seja, não aparecem elementos como “filhos” ou “frutos”. Este tipo de elementos que não aparecem em todo o teste mas mostrariam a capacidade de aceitar a morte como algo que é natural e inevitável na vida de todos nós (Friedenthal & Ocampo, 1981). O facto de isto não acontecer, não quer forçosamente dizer que a Matilde não compreenda a irreversibilidade e inevitabilidade da morte. A criança, quando confrontada com a realidade de que pode perder a sua mãe fica com uma angústia impossível de tolerar e, por isso, as suas defesas mobilizam-se no sentido de impedir que ela acredite que de facto a morte existe e que nada se pode fazer contra ela. Esta não é evitável.

Concluindo, pode considerar-se que a Matilde entende a irreversibilidade e universalidade da morte (não a acha evitável, embora a resposta à pergunta cinco possa levantar algumas dúvidas), o que mostra que é precoce nesta compreensão. Isto porque, segundo os estudos já analisados, só por volta dos 10 anos se adquire completamente a noção do conceito de morte. Tal pode ter como justificação, o facto de já ter interiorizado algumas perdas, como a do seu pai, que apesar de ser uma perda apenas física pode causar muito mais dor psicológica do que uma perda real como é o caso do seu avô paterno (figura com a qual a mãe diz que ela se identificava bastante apesar da relação não próxima entre eles). É certo que esta conclusão é bastante preliminar, uma vez que não foram aplicados mais testes que permitissem uma exploração mais profunda desta temática.

Contudo, observando a história clínica da Matilde, as suas vivências e experiências relacionais, pode-se afirmar que o conhecimento que ela tem face à morte e à causalidade que a ela está inerente, que é uma criança que compreende esta temática. Com isto, mostra um entendimento superior ao normal. No entanto, não é possível saber ou perceber que consequências isso implica no seu desenvolvimento psíquico (tal como inicialmente se pensou), mostrando-se assim que, apesar deste teste avaliar muito bem aquilo que rodeia a morte, é muito específico, tendo sempre de ser acompanhado de outros para se fazer uma avaliação das fantasias, angústias e defesas em torno da morte indiscutível.

6. CONCLUSÃO

Ao longo de todo este trabalho, tivemos oportunidade de observar que os tumores malignos provocam no indivíduo uma grande mudança na sua vida, tanto a nível pessoal como a nível familiar. Pudemos também constatar que os casos de sucesso são aqueles em que o doente consegue pensar e agir com grande optimismo e que isso influencia em grande parte o seu tratamento e recuperação. Deste modo, se pensarmos na mãe da Matilde, percebemos que ela sempre foi muito optimista quanto ao seu diagnóstico e que aceitou a doença logo desde cedo, fazendo de tudo para a sua recuperação e bem-estar. Não houve uma negação da doença, ou dos tratamentos a seguir, como alguns autores revelam existir por parte dos doentes. Pode-se também perceber, que ela é uma pessoa muito independente e segura de si mesma, para além de que ainda é uma mulher nova que deixa transparecer que ainda tem muito por viver. Consequentemente, tudo isto acabou por influenciar o bem-estar da Matilde, pois a mãe transmitiu-lhe desde cedo o que se passava com ela e assegurou-lhe que tudo iria ficar bem. Por isto, a criança acabou por não ter presente uma ideia de morte muito vincada, uma vez que, sempre lhe foi transmitida a recuperação e cura. Não foi possível perceber que tipo de sentimentos a família teve, o que seria importante para se perceber se foi isso que motivou este optimismo e confiança ou se a mãe da Matilde é, de facto em termos de personalidade, uma pessoa confiante e positiva. Outro aspecto interessante seria saber se a mãe da criança passou pelas fases de resposta ao *stress* sentido quando lhe foi diagnosticado o cancro, pois isso também influencia aquilo que acima foi descrito, bem como a percepção da criança face aos acontecimentos.

Quanto às variáveis que estão associadas ao aparecimento do cancro, estas acabaram por não ser exploradas, uma vez que não foram aplicados testes à mãe. Apesar de não ser objectivo deste estudo saber o que possa ter motivado o tumor da mãe da Matilde, tal teria sido interessante, pois alguns autores consideram que conflitos emocionais não resolvidos, neuroticismo e depressão, entre outros, concorrem para o aparecimento da doença oncológica. Se este assunto tivesse sido explorado, poder-se-ia tentar perceber o

que motivou a doença e a influência que isso teria na vida da Matilde e na sua relação com a mãe, podendo-se depois, tirar, quem sabe, outro tipo de conclusões.

Siegel (2000), considera que relações familiares seguras fazem com que a família resista unida quando algo negativo surge e abala a sua estrutura. Porém, neste caso isso não foi explorado, não se conseguindo perceber, se as relações familiares são ou não seguras entre a mãe e a Matilde e entre os outros familiares (avós e tios maternos). De qualquer das formas, pode-se perceber que existe uma grande cumplicidade entre os familiares e até mesmo uma grande entreajuda e, talvez baseando-nos nisso possamos dizer que é possível que as relações sejam seguras e fortes (contudo, isto não passa apenas de uma suposição).

Na parte em que se falou das considerações sobre a família, falou-se de como as crianças que vivem em famílias monoparentais estão sujeitas a mais problemas emocionais, sociais, escolares, etc., do que as crianças que vivem em famílias com ambos os pais. No entanto, pode-se afirmar com certeza que, quanto à área escolar e social a Matilde não tem qualquer tipo de problema pois, não só é boa aluna como é, também, muito popular entre os seus colegas. Todavia, relativamente à componente emocional, isso não é perceptível, podendo apenas colocar-se a hipótese de que, o facto dela ser tão popular na escola e entre os colegas e amigos, poder revelar uma necessidade de chamar à atenção que pode denotar a falta de afecto necessária a um desenvolvimento emocional normal ou saudável. Aqui, teria sido importante a utilização de um teste projectivo, que não o Questionário Desiderativo (por exemplo o CAT-A), de modo a se poder avaliar as relações que ela tem com a mãe e com o pai, no sentido de se tentar perceber onde se situam os afectos maternos e paternos na sua vida, assim como a forma como ela se vê a si própria. Se tal tivesse sido feito, poder-se-iam tirar conclusões muito mais pormenorizadas e correctas sobre a questão da perda do pai e de como isso foi e é interiorizado psicologicamente, bem como perceber em que é que isso contribuiu para a sua noção de morte. Assim sendo, apenas se podem fazer suposições. Será que quando ela escolhe não ser árvore porque fica despida se refere à falta que o pai lhe faz para a ajudar a suportar a dor que sente devido à doença da mãe? Será que sente que o pai a abandonou?

Ainda na mesma linha de raciocínio, é sabido que o divórcio trás, muitas vezes, problemas emocionais e relacionais entre pais e filhos e, a mãe da Matilde admite ter-lhe transmitido alguma insegurança aquando da sua situação de divórcio. O que seria interessante explorar aqui seriam as reacções da criança nessa altura específica mas, para isso, ter-se-ia de ter feito um questionário exaustivo para que a mãe se recordasse daquilo que realmente aconteceu nessa fase da sua vida e que influência é que isso poderia ter tido na Matilde. Para um modelo relacional seguro, as crianças necessitam de ambos os pais logo, poder-se-iam levantar algumas questões sobre os padrões de vinculação e de modelo de relação que a Matilde tem, mas, para tal, precisar-se-ia, mais uma vez, de testes complementares para se obterem certezas. No entanto, é importante referir que a criança não se relaciona com o pai acerca de 2 anos e que isso certamente tem algum tipo de influência no modelo de relação e vinculação desta criança.

A resiliência que cada um tem face às vicissitudes da vida é maior ou menor consoante aquilo pelo qual já se passou, já se vivenciou. Como tal, na situação de cancro, se os padrões de vinculação que emergem são seguros e ao mesmo tempo reforçados, então pode dizer-se, certamente, que a capacidade de resiliência das crianças aumenta e o saber lidar com as frustrações torna-se mais fácil. Porém, tal como já foi referido, não se percebe muito bem o papel do pai na vida da Matilde, nem se sabe muito sobre os padrões vinculativos ao pai e à mãe, desta forma, só se podem fazer suposições sobre se a mãe terá sido suficientemente boa para conseguir desenvolver na criança um modelo seguro e positivo de vinculação. No entanto, isto não parece ter acontecido, devido à grande carência afectiva e relacional que a criança demonstra não só nas suas acções, como no próprio Questionário Desiderativo, em que há uma procura constante de contacto humano e de relação (o que pode significar um desejo inconsciente de reunião, relacionamento com o pai). Tal revela, também, uma certa insegurança por parte da criança em saber que aquilo que já adquiriu não lhe vai ser retirado, tendo constantemente de procurar situações que a façam sentir-se amada e reforcem que o que ela tem continua lá. Dever-se-á isto ao facto do pai entrar e sair na sua vida?

Osborn (2007) refere na sua revisão de literatura que, a maioria dos estudos concluem que, as crianças, inicialmente, não são afectadas pela doença oncológica dos

seus pais e que esta afectação só surge aquando da internalização da mesma. Neste sentido, podemos supor que, ou a Matilde internalizou bastante bem a doença da mãe ou ainda não o fez pois, à data da realização do teste e da história clínica, já tinham passados 6 meses desde o diagnóstico de cancro (mas apenas duas semanas desde a operação para retirar o tumor) e a criança não demonstra em nenhum contexto, problemas psicológicos ou outros (pelo menos evidentemente). A Matilde apenas ficou ansiosa e preocupada, não tendo quase conseguido dormir, no período em que a mãe esteve hospitalizada para ser operada, contudo, isto pode ser considerado como uma reacção normal face ao inesperado e também à diminuta compreensão que a criança deve ter relativamente aos procedimentos médicos e consequências dos mesmos. Nesta altura, a mãe refere que ela ficou mais melosa e necessitada de atenção o que parece ser uma resposta à angústia provocada pela ausência e possível perda mas, também se pode dever ao facto da Matilde ser uma criança carente, tal como a própria mãe refere. No Questionário Desiderativo isto pode ser observado, tal como já foi mencionado diversas vezes, pois em todas as respostas, à excepção da número três, há um apelo àquilo que é relacional e ao contacto com os seres humanos, sendo que aquilo que é mais temido é perder a própria vida.

Quando um dos pais tem doença oncológica, o outro acaba por tentar preencher as lacunas que a semi-ausência do elemento doente cria na família. Ora, no caso da Matilde, ela apenas vive com a mãe, sendo que foram os avós e tios maternos que acabaram por desempenhar um papel muito mais importante e decisivo na vida da criança, embora a mãe refira que continua a fazer tudo mais ou menos da mesma forma. Isto pode criar na criança um sentimento de revolta e agressividade face à doença que, segundo ela, lhe está a roubar a mãe, sendo que esta já a negligencia, uma vez que, não está em condições físicas e psicológicas para estar com ela. Embora isto possa acontecer, aqui não parece ser o caso, pois a mãe da Matilde sempre a incluiu em todo o processo que circundou e circunda a sua doença, o que faz com que a criança não se sinta *a priori* excluída. É neste sentido que se pode dizer que, apesar de em certos casos se poder observar uma rejeição aos pais, neste caso, isso não acontece, uma vez que a mãe da Matilde sempre tentou que esta mantivesse as suas rotinas e hábitos inalterados, o que acaba por dar alguma confiança à criança e esta acaba por aceitar a sua realidade.

Existem várias respostas, físicas e psicológicas, que se podem dar face à iminência de morte de alguém, ainda por mais quando esse alguém é a nossa própria mãe, uma figura, para nós, onipotente e onipresente. Muitas destas respostas não passam pela verbalização do medo ou tristeza, mas sim pela alteração dos ritmos sono-vigília e da alimentação. No caso da Matilde, e segundo a mãe, tal não aconteceu, à excepção de quando a mãe foi hospitalizada durante 3 dias.

Em termos de conclusão, pode, depois disto, dizer-se com alguma certeza que a Matilde tem a noção de morte adquirida e interiorizada, daí ter tanto medo de perder a sua mãe. Há de facto uma compreensão daquilo que se perde quando de morre.

Apesar de tudo, muitas perguntas ficaram sem uma resposta concreta. Nas questões que deveriam ter sido exploradas, pode incluir-se a ausência do pai e a morte do avô paterno. Teria sido interessante e importante aprofundar estes aspectos, uma vez que se tratam de perdas e, por isso, concorrem para a formação do conceito de morte. Para além de que, podem condicionar as fantasias e angústias tidas e sentidas pela Matilde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury, A. (1984). *A Percepção da Morte e Outros Escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

American Academy of Pediatrics (2000). The pediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics*, 105 (2), 445-447.

American Cancer Society (2005). *Helping children when a family member has cancer: dealing with diagnosis*. Consultado dia 28 de Janeiro de 2008 através de http://www.cancer.org/docroot/ESN/content/ESN_2_1x_Helping_Your_Child_Deal_with_a_Family_Members_Cancer_Treatment.asp

American Cancer Society (2006). *Helping children when a family member has cancer: dealing with recurrence or progressive illness*. Consultado dia 28 de Janeiro de 2008 através de http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6X_Psychosocial_Issues_of_Children_With_Cancer_In_The_Family_Dealing_With_Recurrence_or_Progressive_Illness.asp

Baider, L., Cooper, C. & De-Nour, A. (2000). *Cancer and the family*. (2ª ed.). Chichester: John Wiley & Sons.

Baker, J. E., Sedney, M. A. & Gross, E. (1992). Psychological tasks for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (1), 105-116.

Barros, D. O. & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3) sem páginas.

- Barros-Oliveira, J. & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (22), 355-367.
- Black, D. (s.d.). Coping with loss: bereavement in childhood. *British Medical Journal*, 316 (7135) 931-933.
- Blum, D. (s.d.). *Helping children when a family member has cancer*. Consultado no dia 28 de Janeiro de 2008 através de http://www.cancercare.org/pdf/booklets/ccc_helping_children.pdf
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: anxiety and anger*. Middlessex: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1981). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. Middlessex: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1998). *Secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brun, D. (2003). A relação da criança com a morte: paradoxos de um sofrimento. *Psychê*, 7 (2), 12-25.
- Carvalho, C. (2001). *Necessidades e preocupações em doentes oncológicos: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal.
- Cepêda, T. & Maia, G. (1998). Vivendo no limite: a criança e a família enfrentando a morte. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, Número Especial*, 92-101.

- Christ, G. H., Siegel, K., Freund, B., Langosh, D., Hendersen, S., Sperber, D. & Weinstein, C. (1993). Impact of parental terminal cancer on latency-age children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (3), 417-425.
- Christ, G. H., Siegel, K. & Sperber, D. (1994). Impact of parental cancer on adolescents. *Journal of Orthopsychiatry*, 64 (4), 604-613
- Cole, M., Cole, S. R., Lightfoot, C. (2005). *The development of children* (5ª ed.). United States of America: Worth Publishers.
- Compas, B., E., Worsham, N. L., Epping-Jordan, J. E., Grant, K. E., Mireault, G., Howell, D. C. & Malcarne, V. L. (1994). When mom or dad has cancer: markers of psychosocial distress in cancer patients, spouses and children. *Health Psychology*, 13 (6), 507-515.
- Compas, B., Worsham, N. L., Ey, S. & Howell, D. (1996). When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive Appraisals and Psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology*, 13 (3), 167-175
- Contribuidores da Wikipédia (2008). *Família*. Consultado dia 12 de Fevereiro de 2008 através de <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia>
- Correia, T. A. M. (2005). *“Dores do Coração”: a ideia de morte na criança com cardiopatia congênita*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.
- Davey, M., Askew, J. & Godette, K. (2003). Parent and adolescent responses to non-terminal parental cancer: a retrospective multiple-case pilot study. *Families, Systems & Health*, 21 (3), 245-258.

- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P. & Costa, A. (2000). O cancro da mama no «seio» da família. In M. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Divisão de Estatística de Saúde (2007). *Elementos estatísticos - Informação geral, saúde/2005*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Eiguer, A. (1989) *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1985)
- Elmberger, E., Bolund, C. & Lütznén, K. (2000). Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in the face of cancer. *Health Care for Women International*, 21, 485-499.
- Fasciano, K. M., Berman, H., Moore, C., DeFrino, B., Jameson, R., Kennedy, V. & Golant, M. (2007). When a parent has cancer: a community based program for school personnel. *Psycho-Oncology*, 16, 158-167.
- Faulkner, R. & Davey, M. (2002). Children and adolescents of cancer patients: the impact of cancer on the family. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 63-72.
- Ferrari, P. (2004). Morte na criança (conceito de). In D. Houzel, M. Emmanuelli & F. Maggio (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Franco, M. H. P. & Mazorra, L. (2007). *Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor*. Consultado dia 3 de Fevereiro de 2008 através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400009&lng=em&nrm=iso

- Friedenthal, H., & Ocampo, M. (1981). Fantasias de morte no teste desiderativo. In M. Ocampo (Ed.). *O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projectivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Guimarães, N. M., Pasian, S. R. & Barbieri, V. (2006). A equação simbólica como recurso terapêutico: contribuições para análise do questionário desiderativo. *Paidéia*, 16 (35), 365-376.
- Gomes, A. J. S. & Resende, V. R. (2004). O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 119-125.
- Gabiak, B. R., Bender, C. M. & Puskar, K. R. (2007). The impact of parental cancer on the adolescent: an analysis of the literature. *Psycho-Oncology*, 16, 127-137.
- Helseth, S. & Ulføet, N. (2005). Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 38-46.
- Hoke, L. (2001). Psychosocial adjustment in children of mothers with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10, 361-369.
- Holland, J. (1996). *Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J. & Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Kalinke, L. P., Dias, A. R., Costa, J. F., Testoni, R. I. & Bettega, R. (s.d.). *As dificuldades apresentadas por cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados domiciliares: uma visão da enfermagem*. Consultado dia 30 de Janeiro de 2008 através de <http://66.102.9.104/search?q=cache:FDCwE->

HgyG kJ:www.utp.br/proppe/X%2520seminario_pesquisa/Artigos%2520completos/F CBS/AS%2520DIFICULDADES%2520APRESENTADAS%2520POR%2520CUIDADORES%2520FAMILIARES....doc+As+dificuldades+apresentadas+por+cuidadores +familiares+de+pacientes+oncol%C3%B3gicos&hl=pt-PT&ct=clnk&cd=1&gl=pt

Kubler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fonte. (O bra original publicada em 1969)

Kubler-Ross, E. (1996). *Morte estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record.

Leedham, B. & Meyerowitz, B. E. (1999). Responses to parental cancer: a clinical perspective. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6 (4), 441-461.

Lewis, F. M. (2007). Parental cancer and dependent children: selected issues for future research. *Psycho-Oncology*, 16, 97-98.

Lewis, F. M., Casey, S. M., Brandt, P. A., Shands, M. E. & Zahlis, E. H. (2006). The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 486-497.

Marcus, M. B. (1999). A secret that parents can't keep. *U.S. News & World Report*, 127 (15), 101.

Matos, A. C. (1997). Noção de morte na infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 13, 13-17.

Matos, J. S. (2002). *A influência das reacções emocionais de familiares na recuperação de pacientes com câncer*. Consultado dia 28 de Janeiro de 2008 através de http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/117.pdf

- Mesquita, M. E., Magalhães, R. S., De Almeida, A. M., Carvalho, F. A. F. & Mota, R. C. D. (2007). *Comportamento da família diante do diagnóstico de câncer de mama*. Consultado dia 28 de Janeiro de 2008 através de <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/237/227>
- Messa, A. A. (s.d.). *O impacto da doença crônica na família*. Consultado dia 28 de Janeiro de 2008 através de <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>
- Ministério da saúde (s.d.). *Saiba o que é o cancro, como pode ser detectado precocemente e quais os factores de risco*. Consultado em 10 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro.htm>
- Moura, M. J. (2004). *Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respectivas mães*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob orientação do Professor Doutor Rui Aragão.
- Nam, C. B: (2004). *The concept of the family: demographic and genealogical perspectives*. Consultado no dia 28 de Janeiro de 2008 através de <http://www.ncsociology.org/sociationtoday/v22/family.htm>
- Orsi, M. J. J. S. & Yaegashi, S. F. R. (s.d.). *Família contemporânea: reflexos e repercussões na educação e na aprendizagem escolar*. Consultado dia 1 de Fevereiro de 2008 através de http://www.ppe.uem.br/publicacao/sem_ppe_2003/Trabalhos%20completos/pdf/038.pdf

- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 16, 101-126.
- Pfeffer, C. R., Karus, D., Siegel, K. & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-Oncology*, 9, 1-10.
- Pires, A. (2001). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: ISPA.
- Rauch, P. & Muriel, A. C. (2004). The importance of parenting concerns among patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 49 (1), 37-42.
- Sá, E. M. C. S. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.
- Saldinger, A., Cain, A., Kalter, N. & Lohnes, K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (1), 39-48.
- Sargent, J. (2003). Involving Children in the care of a parent with cancer. *Families, Systems & Health*, 21 (3), 259-261.
- Shands, M. E., Lewis, F. M. & Zahlis, E. H. (2000). Mother and child interactions about the mother's breast cancer: an interview study. *Oncology Nursing Forum*, 27 (1), 77-85.
- Siegel, K., Mesagno, F. P. & Christ, G. (1990). A prevention program for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (2), 168-175.

- Siegel, K., Raveis, V. H., Bettes, B., Mesagno, F. P., Christ, G. & Weinstein, L. (1990). Perceptions of parental competence while facing the death of a spouse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (4), 567-576.
- Soares, M. A. S., Moura, M. J., Cavalho, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 19-25.
- Straub, R. O. (2007). Health psychology: a biopsychosocial approach (2ª ed.). New York: Worth Publishers
- Teixeira, C. M. F. S. (2003). *A criança diante da morte*. Consultado dia 3 de Fevereiro de 2008 através de http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/infancia/B_morte.html
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2002). Abordagem psicológica do cancro nos cuidados de saúde primários. a psico-oncologia nos centros de saúde. In M. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Visser, A., Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., Graff, W. T. A., Klip, E. C., Pras, E. & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psycho-Oncology*, 14, 746-758.
- Zavaschi, M., Bassols, A. Sanchez, P. & Palma, R. (s.d.). *A reacção da criança e do adolescente à doença e à morte – aspectos éticos*. Consultado dia 3 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/reacao.html>

8. ANEXOS

Questionário Desiderativo

1. O que é que tu **gostarias** de ser se não fosses uma menina? Porquê?
2. O que é que tu **gostarias** de ser se não fosses nem uma menina nem (a escolha anterior – animal; planta; ser inanimado)? Porquê?
3. O que é que tu **gostarias** de ser se não fosses nem uma menina nem (as escolhas anteriores – animal; planta; ser inanimado))? Porquê?
4. O que é que tu **não gostarias** de ser se não fosses uma menina? Porquê?
5. O que é que tu **não gostarias** de ser se não fosses uma menina nem (a escolha anterior – animal; planta; ser inanimado)? Porquê?
6. O que é que tu **não gostarias** de ser se não fosses nem uma menina nem (as escolhas anteriores – animal; planta; ser inanimado)? Porquê?