



António Carneiro Torres Lima

Doutorado em Bioética e Investigador do Instituto de Bioética da
Universidade Católica Portuguesa, Porto

Ramiro Délio Borges Meneses

Doutorado em Filosofia e Professor Auxiliar do Instituto
Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Paredes, Portugal

A criança, a morte e a educação tanatológica¹ / *The child death and tanatological education*

Abstract

This study seeks to analyze the complexity of education for the meaning of thanatos in the life of the child, the role of the family and the educators, as a process through which the person's development is promoted in this phase of childhood and questioning the meaning of the losses and Anxiety, which is being verbalized or silenced in the context of their significance, by the adults' exemplarity and respective educational experiences in the paths of otherness, promoters of a culture of life. It also reflects the experience lived within the family and the influence of social representations on this sensitive subject of thanatological education. Thus, this article aims to articulate the issues of education, in this specific context, at the level of education for the meaning of mourning to be done, through the consolidation of analyzes of social construction processes and the study of the child at this stage of personalization School.

Key words: children, death, dying, and thanatologic education.

INTRODUÇÃO

É grande o desafio de educar para a mundividência da morte, procurando-se descobrir o sentido do *thanatos* na vida de cada ser humano. Daí que comecemos por interrogar-nos sobre o conceito que as crianças têm da morte, tendo em conta a perspetiva que a psicologia do desenvolvimento fornece², bem

1 Este estudo é dedicado aos Professores Doutores Daniel Serrão, Walter Osswald e Luís Archer, já falecido, pelo ensino da Bioética.

2 Os anos 60 e 70 do século XX, profundamente marcados pela busca de explicações válidas e consistentes sobre os processos de desenvolvimento humano, evidenciando abordagens plurais, quer em termos teóricos, quer em termos metodológicos, recusando uma abordagem aleatória e voluntarista dos fenómenos, considerando olhares teóricos e empíricos diversos, propondo a multidisciplinaridade como caminho a seguir para o evoluir das ciências do comportamento, conforme proposta de LERNER, R., EASTERBROOKS, M., e MISTRY, J. (Eds.) – *Handbook of psychology*, Vol. 6. -*Development psychology*, John Wiley & Sons, New York, 2003. A visão que emerge destas novas concepções plurais de estudos e de pesquisas

como salientar a pertinência do estudo de alguns autores³, visando uma pedagogia tanatológica.

SENTIDO DA MORTE E DO MORRER EM PEDIATRIA

A morte de uma criança tem tanto impacto nos seus progenitores, quando para os técnicos de saúde. É evidente que a função da Medicina não é impedir a morte, é sim dar mais qualidade de vida à vida. Naturalmente, o que mais custará a um médico será ver partir uma criança, porque o mundo é delas e elas são o seu futuro. Os médicos são sempre sensíveis a esta situação, mormente no âmbito da Oncologia Pediátrica ou da Genética Clínica. Nestas duas especialidades, a morte de uma criança tem sempre um significado diferente, o que não acontece no âmbito da Geriatria.

A conhecida psiquiatra suíça, E. Kúbler-Ross, na sua obra *On Death and Dying*, pelo estudo realizado em vítimas de doença terminal, resumiu, em cinco palavras-chave, as fases de adaptação ao sofrimento experimentadas nos seguintes termos: negação, cólera, aliança, depressão e aceitação. Este esquema, amplamente divulgado, traça as eventuais etapas do sofrimento, como condição, não querendo dizer que se pressuponha que seja este o itinerário, porque muitas pessoas ficarão bloqueadas numa destas fases e há quem alterne os seus sentimentos com a “inteligência emotiva” (D. Goleman) em função de uma variedade de factores, ora extrínsecos, ora intrínsecos.

Estas fases podem apresentar-se, também, noutras situações clínicas (politraumatizados, etc), por parte de familiares e dos pacientes, revelando o lado psicológico da dor e do sofrimento:

- **Negação:** o doente não quer ver e contemplar, face-a-face, a sua realidade e porta-se como se não estivesse doente, relativizando os seus mal-estares físicos, neutralizando as mensagens ou informações que o poderão perturbar;
- **Luta:** a contrariedade de um diagnóstico contrapesa com a determinação de vencer o mal físico (doença). As energias, desde a física à mental, canalizam-se num esforço para suportar o sofrimento, mediante tenaz vontade de controlar decidida e adequadamente a situação clínica;
- **Resignação:** perante a adversidade, o homo dolens desmoraliza, surgindo um comportamento derrotista e cruza os braços;
- **Aceitação:** o doente toma consciência da debilidade e vulnerabilidade. Assim vive-se, o melhor possível, o tempo de que se dispõe, tal como referiu Virgílio:

(...) é — como salentam Brim e Kagan — a de que os seres humanos têm capacidade para mudar, ao longo de todo o ciclo de vida, do nascimento à morte, (...) tornando o curso do desenvolvimento humano mais aberto do que era suposto, recusando qualquer forma de determinismo, integrando dimensões sociais, biológicas, etc., numa perspectiva multidimensional. Para mais pormenores, ver: **BRIM, O., KAGAN, J.** — *Constancy and change in human development*, Harvard University Press, Cambridge, 1980, p. 1.

- 3 **FULLAT, O.** — *Las finalidades educativas en tiempo de crisis*, Hogar del Libro, Barcelona, 1982. Ver, também: **KASTENBAUM, R.** e **AISENBERG, R.** — *The Psychology of Death*, Springer, New York, 1965 (trad port: *Psicologia da Morte*, Edição Universidade de São Paulo, Novos Umbrais, 1983); **PETTLE, S.** e **BRITTEN, C.** — *Talking with children about death and dying*, in: *Child Care, Health and Development*, 21 (1995), pp. 395-404.

tempus est optimus iudex rerum omnium (o tempo é o juiz de todas as coisas). O paciente viverá numa atitude activa e positiva, apoiando-se em recursos externos e internos. Esta é a fase mais “positiva” do sofrimento e transforma este numa “purificação” como libertação axiológica;

- **Desespero:** aqui está o choque perante uma doença que não tem cura. A perda da qualidade de vida e a sensação de ser um peso para os familiares, amigos e técnicos de saúde, perante a degradação do corpo, conduzem ao suicídio, à eutanásia ou, ainda, à depressão. A forma negativa do sofrimento está no “desespero” onde se regista o abandono da esperança.

O sofrimento é um hóspede incómodo. Para uns, fica-se numa injustiça, num castigo, como destino pré-estabelecido, um desastre, uma condenação ou um “asco”; para outros, pode transformar-se em fonte de bem, num instrumento de crescimento, numa oportunidade de interiorização, num lugar de descoberta pela verdade da vida ou em espaço para a conversão.

A *re-spondere* destes “itens” depende do modo como se vivencia o sofrimento e as atitudes que se adoptem frente a ele. O sofrimento, como “dor total”, está estampado nos rostos e na vida dos “desvalidos” (doentes, marginais, etc). A morte de uma criança será um sofrimento e uma dor, não só para ela, como também para os pais e para os profissionais de saúde.

O terreno do sofrimento é muito mais vasto, muito mais variado e pluridimensional. O homem sofre de modos variados nem sempre considerados pela Medicina. O sofrimento é muito mais amplo do que a dor, mais complexo e profundamente enraizado na humanização. A experiência do sofrimento, como situação limite da liberdade, põe a descoberto as perguntas mais radicais quanto à sua origem. O sofrimento é a “dor da alma” e a dor é o “sofrimento do corpo”. Toda a espécie de sofrimento possui, tal como a morte, um valor antropológico. O sofrimento é uma experiência de morte na medida em que o paciente sente a radicalidade da sua própria limitação.

Segundo o discurso levinasiano, o sofrimento físico é uma impossibilidade de se destacar do instante. O sofrimento e a dor introduzem a possibilidade de uma confrontação com a morte, significando uma relação com o desconhecido, em que o sujeito sofredor estabelece uma relação com o mistério. A morte que se anuncia no sofrimento é uma experiência de passividade.

O sofrimento é o acontecimento do existente que cumpre toda a sua solidão. Mas, segundo Lévinas, a dor que se produz no Eu é entendida como “mãe da sabedoria”, permitindo que na consciência desperte a humanidade originária do homem.

Dor e sofrimento são termos por vezes utilizados como sinónimos e, de facto, embora se devam distinguir, são entidades próximas apesar de ser a dor uma das fontes mais evidentes de sofrimento. Se o sofrimento não possui mecanismos fisiológicos, a dor necessita de uma explicação de ordem neuronal.

A “Americam Pain Society” usa a definição de dor de Merskey: uma sensação desagradável e uma experiência emocional associada à lesão potencial ou actual do tecido. Fisiologicamente, o conceito de dor física relaciona-se intimamente com a “nocicepção”. Este termo é determinante para descrever a resposta neuronal a um estímulo traumático, dado que nem todas as dores resultam da “nocicepção” (dor psicológica ou social), ou seja, muitos doentes experimentam dor na ausência de estímulo nociceptivo.

A dor é uma queixa, frequente e comum a muitas patologias, enquanto que o sofrimento é uma “vivência” que ultrapassa a dor e corta a alma. Para a dor há analgésicos, enquanto que para o sofrimento a “terapêutica” vem da alma.

Existem situações de sofrimento tão inimagináveis, incontrolláveis e desesperantes, que deveriam analisar-se com sensibilidade, maturidade, humanismo, atitudes de ajuda, ternura e consolo. Na verdade, o conceito de sofrimento relaciona-se com a dor moral, o dano, a perda e as expectativas negativas que a vida nos impõe. O sofrimento não tem fisiologia.

A dor é uma realidade fisiológica, enquanto que o sofrimento se apresenta como uma condição de “ameaça” ao espírito. Apesar da significativa presença e influência da dor, são múltiplas as causas que têm incidência no aparecimento das condutas do sofrimento: insatisfação na vida diária; doenças orgânicas; hospitalização; deterioração; experiências emocionais desagradáveis; objectivos vivenciais do bem-estar inatingíveis, etc.

O sofrimento, nos seres humanos, nem sempre se verbaliza. As experiências e condutas da dor podem controlar-se na “práxis” médica com relativo êxito. Porém, nas manifestações do “sofrimento”, a sua etiologia e tratamento caracterizam os limites da Medicina, isto porque o sofrimento entra no âmbito da interioridade da pessoa ou no mundo psicossomático.

Segundo V. Frankl, o homem não se destrói pelo sofrimento, mas por sofrer sem sentido. Assim, no homo dolens afirma-se que o sofrimento, para ter um sentido, não pode ser um fim. A disposição para o sofrimento e para o sacrifício poderá degenerar. Verdadeiramente, o sofrimento só tem sentido quando se padece por causa de “outrém”.

Assim, o sofrimento, dotado de sentido, aponta para um mais além de si. O sofrimento, com todo o sentido, remete à causa por meio da qual padecemos.

Em suma, o sofrimento, na plenitude do sentido, será dado pela “teodiceia do sacrifício”. Em V. Frankl, a dotação de sentido produz-se quando o sofrimento passa a ser pela justificação do sacrifício ao chegar a implicar toda a vida. Segundo o criador da logoterapia, o sofrimento é oportunidade que reside na atitude que se adopta ao suportar o seu peso.

Com efeito, a “capacidade de sofrimento” nada mais será do que uma forma para realizar valores e atitudes. Segundo este pensador, não será só a criação que poderá

dar sentido à existência; mas, o encontro e o amor podem fazer com que a vida tenha sentido pelo sofrimento.

V. Frankl determina a sua perspectiva mostrando como esta dimensão do homo dolens é independente no âmbito da realização relativamente ao homo faber. Contudo, o homo dolens move-se numa linha vertical, cujas categorias são o cumprimento ou o desespero. Tal como nos ensina a experiência da vida, é possível ao *homo patiens* atingir o compromisso de si mesmo no contexto do mais profundo fracasso pelo sofrimento mais extremo.

O sacrifício, como fundamento do sentido do sofrimento, foi recebido pelo homem para dar sentido à vida ou à morte. A humanização da saúde consegue ter a capacidade de integrar o sofrimento e a finitude do homo patiens. O sofrimento e a dor não são capazes per se de privar a vida de sentido. Uma fonte fundamental nos cuidados de saúde terá de ser a preparação para a morte, porque ela virá um dia e afectará todos nós em todas as idades.

A CRIANÇA, A MORTE E A EDUCAÇÃO

A representação da morte implica uma vontade de viver. Neste aspeto, como salienta Gadamer, “o conhecimento da própria morte está submetido a condições peculiares. Podemos perguntar em que altura da sua vida a criança é capaz de ter uma preceção da morte. Não tenho a certeza de que a psicologia moderna forneça uma resposta até certo ponto garantida, que tenha valor para uma sociedade esclarecida. É possível que parte da relação interna entre a vida e a representação da morte consista na certeza de que o fim da própria existência permanece oculto, apesar de se ir afirmando lentamente em todo o ser em desenvolvimento como um conhecimento muito profundo”⁴.

O conhecimento do significado da morte, a ser transmitido à criança, varia de acordo com alguns factores, entre os quais, o primeiro a ser considerado é o momento do desenvolvimento fisiológico e psicológico⁵.

Aspinall⁶, afirma que, desde tenra idade, a criança, tem consciência da existência da morte, embora essa consciência possa não ser identificada pelos adultos, pois é expressa com os recursos disponíveis pela criança. Nem sempre ela fala de morte, mas pode representá-la lúdica e/ou graficamente. No âmbito familiar, uma grande dificuldade para os pais está na necessidade que a criança tem de fazer perguntas, muitas vezes, complexas.

Com efeito, as crianças colocam questões difíceis e profundas sobre a vida e sobre a morte. Lembramo-nos aqui de Isabel Renaud que, em poucas páginas, no ensaio *Viver a Morte: Sabedoria e Tempo Vivido*, no qual analisa o sentido da morte sobre

4 **GADAMER**, Hans-George, - “A Experiência da Morte”, in: *O Mistério da Saúde: O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*, trad. de António Hall, Edições 70, Lisboa, 1993, pp. 65-72, (cit. p. 68).

5 Cf. **KASTENBAUM**, R. e **AISENBERG**, R. - *The Psychology of Death*, Springer, New York, 1965 (trad port: *Psicologia da Morte*, Edição Universidade de São Paulo, Novos Umbrais, 1983).

6 Cf. **ASPINALL**, S. - *Educating children to cope with death. A preventive model. Psychology in Schools*, 33 (4), 1996, pp. 341-349.

o decurso da vida. E a propósito da morte na infância afirma: “O que constatamos é que a criança acede dificilmente à compreensão nocional da morte. É normal, diremos, porque o uso da razão segue o relógio cronológico e o desenvolvimento físico da pessoa. Mas a primeira experiência da morte dá-se na ausência física. “Onde está o avô? No céu, perto de Jesus. Mas quando é que volta?” Conhecemos todos estes exemplos de conversa. Mas quando se trata de um parente próximo, cuja ausência se prolonga, é difícil fazer compreender que não voltará mais. A ideia da morte parece introduzir-se na tensão entre o tempo de uma ausência provisória e o da ausência definitiva. Mas como fazer compreender o sentido do adjetivo “definitivo”? Para nós, o definitivo parece indicar a permanência de uma presença, ao passo que no caso da morte se trata da permanência de uma ausência. A criança cresce e percebe, pouco a pouco, que a morte implica um “nunca mais”. O fim do outro é o começo de um “nunca mais. Mas isso significa que a morte é ainda referida ao nosso tempo, ao tempo que continua para nós, embora afectado de uma ausência permanente do outro ... que é preciso interiorizar”. Daí a necessidade de uma psicopedagogia sobre este sentido do *tanathos* na infância. Pois “esta forma positiva de interiorização não será em geral espontânea, mas exigirá um esforço, e talvez um acompanhamento incisivo, para fornecer o estímulo capaz de despoletar [na criança e] em nós a energia espiritual necessária a esta interiorização. Não se poderia dizer mais claramente que a interiorização é uma tarefa ética, um caminhar activo e não passivo, um itinerário pessoal, nem dispensável, nem substituível”⁷.

Quando alguém da família de uma criança morre, ainda que se tente omitir ou negar, ela irá perceber através das atitudes transformadas dos familiares ao redor. O facto é que mais cedo ou mais tarde ela descobrirá. Omitir-lhe a verdade seria grave, seria ignorá-la, só porque ela não fala como os adultos, como excluí-la da família, e pior ainda, se as pessoas mais próximas em que ela deposita toda a confiança, não forem capazes de falar sinceramente sobre a morte, ela tomará isso como um modelo a seguir e nem ousará perguntar a respeito daquilo que a sua percepção lhe diz.

O que os adultos não sabem, é que as crianças questionam, sem angústia, sobre a morte até cerca dos sete anos. Por volta dos três anos de idade esta questão começa a aparecer. Existem animais que morrem em torno delas, elas ouvem histórias e conversas. Logo, o conceito de que as coisas acabam, e que os limites existem, já está estabelecido desde muito cedo.

Se a criança estiver bem amparada, terá mais hipóteses de elaborar, da forma mais sadia possível, o momento do luto⁸. Segundo Pettle e Britten⁹, as crianças com menos de cinco anos sabem que a morte existe, mas não atingem a sua finalidade, podendo perguntar quando é que a pessoa morta volta à vida. É útil — na pers-

7 **RENAUD**, Isabel Carmelo Rosa – “Viver a Morte: Sabedoria e Tempo Vivido”, in: *O Fim da Vida* (Cord. de SILVEIRA DE BRITO, José Henrique) Publicações da Faculdade de Filosofia. Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2007, pp. 141-153 (cit. pp. 143; 145).

8 Cf. **KÜBLER-ROSS**, E. – *Vivre avec la mort et les mourants*. Éd. du Rocher, Genève. 1984 (original de 1981: *Living with death and dying*).

9 Cf. **PETTLE**, S. e **BRITTEN**, C. – *Talking with children about death and dying*, in: *Child Care, Health and Development*, 21 (1995), pp. 395-404.

petiva educacional — dar-lhes explicações conforme o seu pensamento. Entre os cinco e os dez anos vão gradualmente dando-se conta da irreversibilidade da morte. Fornecer-lhes informações sobre os seus diversos aspetos, pode ser muito útil.

Como agir com a criança quando morre um familiar ou amigo? Sabemos que depende de muitas circunstâncias, desde a idade, o temperamento, o mundo das suas afinidades electivas, a relação, até aos vínculos afectivos, que ligavam a criança ao defunto, a autoestima e o meio envolvente. Cada caso é um caso; não há, neste âmbito em análise, receitas genéricas. De qualquer modo, não se deve fazer “tabu” da morte nem ocultar, ao máximo e ao mínimo, a realidade à criança, fazendo de conta que nada aconteceu, retirando-a de imediato de casa e outras atitudes comportamentais ao esconder a realidade, pois isso é mais prejudicial do que a verdade, na medida em que a criança já intui o acontecimento da morte.

Daí que seja melhor ir preparando, gradual e progressivamente, a criança para a hermenêutica do que se passa em seu redor e caso se trate de doença mortal, as pessoas que lhe são próximas devem ter uma atitude pedagógica no anúncio das más notícias baseadas na verdade, para não ouvir o triste acontecimento na escola ou por alguém menos representativo. Quando se dá o desenlace, melhor será deixar que a criança seja interlocutor ativo no processo, pedindo a sua opinião, por exemplo, se quer ver o morto, se quer ir ao funeral, etc. Se ela manifesta vontade de ver, deve ser preparada de algum modo (por exemplo, se quer beijar o defunto, diga-se-lhe antes que o corpo já está frio) e todos os presentes devem evitar um clima demasiado emotivo e pesado. Pois, a criança, ao menos a partir dos 7 anos, já tem de fazer o seu trabalho de luto¹⁰, (com)vivendo a perda de modo sadio, porque se for reprimida, as manifestações psicossomáticas e ainda o insucesso escolar e outras expressões podem ser dramáticas.

Uma hermenêutica correta de educação tanatológica aponta no sentido de que não se deve protelar o luto, não iludindo a criança, como se o morto ainda vivesse. Em contrapartida, talvez as crianças não sofram tanto como nós adultos, considerando a morte mais natural, desde que o ambiente vital seja mais favorável, visto que não se sinta isolada pela família e da família, do grupo, dos seus pares, embora a referência à família, aos amigos e colegas seja significativa na infância¹¹.

10 Sobre o luto, ver: **GONZÁLEZ, A.** – “Aspectos normales y patológicos del duelo”, in: *Cuadernos de Psicoanálisis*, I, 1 (1965), pp. 83-97. Alguns exemplos de definições: Freud (1917) considerava o luto como uma “reacção à perda de um ente querido, à perda de alguma abstracção que ocupou o lugar de um ente querido, como os pais, a liberdade ou o ideal de alguém”. Também Kaplan & Sadock (1996) definem o luto como um “síndrome precipitado pela perda de um ente querido”, Rojas (2001), no dealbar deste novo milénio, define-o como um “processo psicológico pelo qual a tristeza experimentada por perdas significativas é dissipada” e Rebelo (2006) enuncia-o como “um período mais ou menos longo que é necessário viver, após a perda de um ente querido para que todos os momentos belos com ele partilhados se transformem em doces e suaves memórias”. A literatura compulsada foi a seguinte: **FREUD, S.** – “Luto e melancolia” (1917 [1915]), in: *Obras psicológicas completas*: edição standard brasileira, Vol XIV, Imago, Rio de Janeiro, 1987; **KAPLAN, H. I.** e **SADOCK, B. J.** – *handbook of clinical psychiatry*, 2ª edição, Williams & Wilkins, Baltimore, 1996; **ROJAS, G.** – “Luto patológico?: a propósito de um caso”, in: *Psiquiatria Clínica*, 22, 2 (2001), pp. 205-507; **REBELO, J. E.** *Desatar o nó do luto: silêncios, receios e tabus*, 2ª edição, Casa das Letras, Lisboa, 2006.

11 Cf. **PETTLE, S.** e **BRITTEN, C.** – *Talking with children about death and dying*, in: *Child Care, Health and Development*, 21 (1995), pp. 395-404.

Porém, um problema grave é quando crianças ficam órfãs ou quando perdem um irmão. Cada criança reage de modo singular, umas através do isolamento, outras através do pranto convulsivo e, muitas ainda, com complexos de culpabilidade, julgando ter contribuído para a morte do ente querido, sobretudo se havia uma má relação ou se estava a viver o complexo de Édipo, com ciúmes do irmão. Um outro problema, a ter em consideração, antes da morte, é como comunicar a doença e, após a morte, se se deve deixar a criança estar presente no funeral. Certamente que a noção que a criança tem do morrer e da morte é diferente da do adulto: até aos cinco anos — como salienta Barros de Oliveira¹² — a criança não considera a morte como um ato consumado, esperando o ‘regresso’ da pessoa. Depois a morte continua a ser vista como uma intervenção exterior, como uma espécie de rapto e só pelos 9 ou 10 anos a considera como um processo biológico permanente.

Rememorando a infância e a experiência da morte na terceira pessoa, Daniel Serrão afirma: “Tenho da infância uma recordação brumosa que, às vezes, abre uns inesperados clarões. Julgo que a mais antiga remonta à primeira classe. A Professora disse: hoje não há lição, vamos acompanhar o António que morreu. Fomos, em fila, de bibe e mãos dadas, ver o que tinha acontecido. No casebre, sobre as areias da Praia Norte, estava o António numa caixa de madeira forrada de branco, frio, morto. Chegou o Padre, mais alguém com um estandarte, outro com uma caldeira com água. Fui a pegar no caixão até que o meteram na terra, já aberta para o receber. Voltei para casa sem lágrimas e recordo que esta morte só me fez perceber que as pessoas morriam. Nada registei sobre o cerimonial religioso; só recordo que estava vento, que o homem ao lado do Padre tinha dificuldade em segurar o estandarte e que o Padre borrifou o caixão aberto com a água da caldeira”¹³.

Kuebler-Ross dedica atenção especial às crianças que, segundo ela, morreriam com a maior das naturalidades, não fosse os adultos fazerem da morte um mistério e dramatizarem demasiado a situação. Salienta, também, que a primeira intuição sobre a morte na criança passa pelo medo de separação dos pais e pelo medo de alguma mutilação, particularmente quando atravessa o complexo de Édipo com o conseqüente medo de castração. Só pelos 8 ou 9 anos, as crianças percebem a morte como um acontecimento definitivo. De qualquer modo, devemos usar com elas a máxima sinceridade e honestidade e deixá-las exprimir livremente os seus sentimentos¹⁴.

Devemos respeitar, no mínimo, a maneira como as crianças encontram para superar o momento da morte. Elas colocam perguntas e buscam o conhecimento, e nós adultos que, muitas vezes, pensamos que sabemos tudo, ouvimos delas as melhores respostas para as perguntas a que não saberíamos responder¹⁵.

12 Cf. **BARROS, J., BARROS, A.** – “Definições e representações da morte: resultados em jovens estudantes caboverdianos e portugueses”, in: *Revista Portuguesa de Educação*, 10, 1 (1997), 15-23.

13 **PEREIRA, Henrique Manuel S.** - *Daniel Serrão. Aqui Diante de Mim*, Esfera do Caos Editores, Lisboa, 2011, p. 27 (sublinhados nossos).

14 Cf. **KÜBLER-ROSS, E.** – *Vivre avec la mort et les mourants*. Éditions du Rocher, Genève, 1984 (original de 1981: *Living with death and dying*).

15 Aliás, as questões éticas que a morte suscita têm fundamentalmente a ver com a desejo de controlar quando se morre, como se morre e onde se morre. A este propósito reportamo-nos

Na segunda parte do livro *Vivre avec la mort les mourants*, Kuebler-Ross, (e redigido por Furth) trata da interpretação dos desenhos das crianças em fase terminal, através da análise de alguns casos, enquanto na terceira parte, (escrita por Elliott), trata dos pais integrados na equipa de cuidados e apoio aos moribundos, falando de algumas dificuldades, como a experiência da mãe permanecer no hospital junto do filho a tempo inteiro, como falar da morte e o pressentimento que a criança tem da mesma, como passar os últimos dias, etc. Finalmente, na última parte, novamente da responsabilidade de Ross, é apresentado um caso de morte por acidente¹⁶. E conclui que “fomos criados para a vida simples, bela e maravilhosa”¹⁷. Esta psiquiatra norte-americana, de origem suíça, ultrapassa os limites da ciência ao insistir no que acontece para além da morte, domínios que propriamente só a filosofia e a teologia ousam descrever, concluindo que “é um presente estar sentado à cabeceira dos moribundos”, e que “o morrer não é necessariamente uma coisa triste e terrível”, se comunicarmos às crianças o que aprendemos dos moribundos, “este mundo será em breve um novo paraíso”¹⁸. Por isso, também eles podem ser reportados como paradigma do triângulo de amor em que basearam o seu viver quotidiano, tornando-se para nós, na infância, uma referência obrigatória. Na verdade, as três dimensões antropológicas do amor, são: a “vinculação”, exigindo a proximidade da pessoa amada, que confere a sensação de segurança física; o “compromisso”, rodeando o outro de cuidados e mimos que o provêm de bem-estar; a “convivência”, desejando o cônjuge ou idealizando-a nas fases iniciais da vida. O amor consumado, como nos diz Sternberg¹⁹, é o que comporta de modo equilibrado as significâncias das vertentes referidas.

Quando era criança, lembro-me de a minha mãe me segredar, (para recordar e partilhar): *vivamos a sabedoria / d'amizade e do amor, vivamos nãlegria / de dar a vida sem morrer! ... E chegar ao fim da jornada/ bem cansada, bem feliz!*

Por isso, também, não poderei esquecer que, as diversas perdas que já sofri, a morte dos avós que coadjuvaram a minha criação e, ainda, a mais dolorosa, a morte dos meus pais, foram colocando em mim, logo no começo, as marcas de um *memento mori* no meu percurso existencial, social e na felicidade familiar. A educação para aceitação da morte de um familiar de uma criança terá de ser um exercício lento e de todos os dias. Esta aceitação levo o seu tempo a sedimentar e a cicatrizar. Terá de ser exercício constante de todos os familiares, a fim de que a criança perceba que se tratou de uma definitiva.

à nossa leitura do profundo ensaio de GIL, Fernando – “Mors certa, hora incerta”, in: *Acentos*, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 2005.

16 Cf. KUEBLER-ROSS, E. – *Vivre avec la mort et les mourants*. Éditions du Rocher, Genève, 1984.

17 KUEBLER-ROSS, E. – *La mort est un nouveau soleil*, Éditions du Rocher, Genève, 1988 (original de 1984: *Ueber den Told und das Leben danach*), p. 37. Trata-se da recolha de conferências e gravações realizadas pela autora em diversas ocasiões.

18 *Ibid.* p. 40.

19 Para mais pormenores, ver: STERNBERG, R. J. – “A triangular theory of love”, in: *Psychological Review*, 93 (1986), pp. 119-135.

CONCLUSÕES

Todos os seres humanos aceitam a morte por meio de uma forma singular, mormente no caso de uma criança. Daqui termos chegado às seguintes conclusões:

1. A paciência ajuda a manter a esperança do coração. Esta ajuda a manter a esperança e dá sentido à vida e ao sofrimento. Ser paciente significa não se deixar roubar, ao ser transparente de alma, pelas feridas sofridas porque a caridade é paciente.

A paciência mantém o homem na posse da sua alma, sendo a virtude da personalidade livre, onde o homem não se deixa arrastar para um estado de tristeza. Assim, esta é uma virtude fundamental na humanização, porque não exclui uma actividade empreendedora, mas somente exclui um coração triste e desorientado.

A paciência é a quinta essência de uma depurada vulnerabilidade interna. Mas, para curar o sofrimento e dar-lhe sentido ético, teremos que incorporar, além da paciência, a esperança.

Perante a realidade humanizadora, a abertura humana, em ordem ao futuro, necessita de “projecto”. A espera humana, inerente ao projecto de humanização, poderá ser enriquecimento ou deficiência, apoiada na confiança ou ferida pela desconfiança. Mas, nem a confiança pode ser segurança total no bom êxito, nem a desconfiança pode ser certeza absoluta num fracasso total, porque há a “competência” do clínico;

2. O sofrimento é humanizador porque determina o amadurecimento do doente, dando outro significado à vida e denotando-o com uma pedagogia própria a tal ponto que, segundo J. González-Anleo, o *λόγος* e o *πάθος* estão condicionados pela percepção do sofrimento, bem como pelo cuidado do *homo dolens*. A morte de uma criança exige muita paciência por parte dos pais e dos profissionais de saúde, para lidar com a sua dor e seus sofrimentos.

De tudo quanto se disse, afez-se que a dor é um processo, enquanto que para uns o sofrimento é condição da vida e da doença; para outros, apresenta-se como mistério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LERNER, R., EASTERBROOKS, M., e MISTRY, J. (Eds.) – Handbook of psychology, Vol. 6. -Development psychology, John Wiley & Sons, New York, 2003.
2. BRIM, O., KAGAN, J. – Constancy and change in human development, Harvard University Press, Cambridge, 1980.
3. FULLAT, O. – Las finalidades educativas en tiempo de crisis, Hogar del Libro, Barcelona,
4. KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. – The Psychology of Death, Springer, New York, 1965 (trad port: Psicologia da Morte, Edição Universidade de São Paulo, Novos Ubrais, 1983);

5. GADAMER, Hans-George, - "A Experiência da Morte", in: O Mistério da Saúde: O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina, trad. de António Hall , Edições 70, Lisboa, 1993.
6. KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. - The Psychology of Death, Springer, New York, 1965 (trad port: Psicologia da Morte, Edição Universidade de São Paulo, Novos Umbrals, 1983).
7. ASPINALL; S. - "Educating children to cope with death. A preventive model". in: Psychology in Schools, 33 (4), 1996, pp. 341-349.
8. RENAUD, Isabel Carmelo Rosa - "Viver a Morte: Sabedoria e Tempo Vivido", in: O Fim da Vida (Cord. de SILVEIRA DE BRITO, José Henrique) Publicações da Faculdade de Filosofia. Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2007, pp. 141-153.
9. KÜBLER-ROSS, E. - Vivre avec la mort et les mourants. Éd. du Rocher, Genève. 1984 (original de 1981: Living with death and dying).
10. GONZÁLEZ, A. - "Aspectos normales y patológicos del duelo", in: Cuadrenos de Psicoanálisis, I, 1 (1965), pp. 83-97.
11. FREUD, S. - "Luto e melancolia" (1917 [1915]), in: Obras psicológicas completas: edição standard brasileira, Vol XIV, Imago, Rio de Janeiro, 1987.
12. KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. - Handbook of clinical psychiatry, 2ª edição, Williams & Wilkins, Baltimore, 1996;
13. ROJAS, G. - "Luto patológico?: a propósito de um caso", in: Psiquiatria Clínica, 22, 2 (2001), pp. 205-507;
14. REBELO, J. E. Desatar o nó do luto: silêncios, receios e tabus, 2ª edição, Casa das Letras, Lisboa, 2006.
15. PETTLE, S. e BRITTEN, C. - "Talking with children about death and dying", in: Child Care, Health and Development, 21 (1995), pp. 395-404.
16. BARROS, J., BARROS, A. - "Definições e representações da morte: resultados em jovens estudantes cabo-verdianos e portugueses", in: Revista Portuguesa de Educação, 10, 1 (1997), pp.15-23.
17. PEREIRA, Henrique Manuel S. - Daniel Serrão. Aqui Diante de Mim, Esfera do Caos, Editores, Lisboa, 2011.
18. GIL, Fernando - "Mors certa, hora incerta", in: Acentos, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 2005.
19. KUEBLER-ROSS, E. - La mort est un nouveau soleil, Éditions du Rocher, Genève, 1988 (original de 1984: Ueber den Told und das Leben danach).
20. STERNBERG, R. J. - "A triangular theory of love", in: Psychological Review, 93 (1986), pp. 119-135.
21. DI MARIO, V.J.- Forensic Pathology, second edition, CRC Press, London, 2000.
22. SAUKKO, P.; KNIGHT, B. - Knight's Forensic London, Pathology, Arnold, 2001.
23. JACKSON, A. R. ; JACKSON, W.B. - Forensic Science, Pearson, 2008.
24. B. DOMINGUES, "Nós e os Moribundos", in: Acção Médica, 52 (1988), pp.135-142.
25. G. SOVERNICO, "Prospettiva psicologica e teologica a confronto da fronte al dolore/sofferenza", in: Studia Patavina, 45 (1998), pp.101-109.
26. D. TETTAMANZI, Bioética, defendere la frontiere della vita, Roma, E. Piemme, 1996.
27. E. LÉVINAS, "La souffrance inutile", in : Les Cahiers de la nuit surveillée, Paris, E. Verdier, 1984, pp.329-338.
28. E. LÉVINAS, Die Zeit und die Andere, trad. do francês, Hamburg, F. Meiner Verlag, 1984.
29. E. LÉVINAS, Entre nous: essais sur le pensé à l'autre, Paris, B. Grasset, 1991, 108].
30. F. NIETZSCHE, Menschliches, Allzumenschliches, in: Nietzsche Werke, II, Berlin, W. de Gruyter, 1967.

31. S. Urraca MARTINEZ (ed.), *Eutanasia Hoy: un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996.
32. J. MELO, *Dor Oncológica, guia práctico*, Coimbra, Pôntica, 1998.
33. P. D. WALL; P. MELZACK, *Textbook of Pain*, Edinburg, Churchill Livingstone, 1994.
34. A. R. de la SERNA, "Los nombres del dolor", in: *Dolor*, 16 (2001), pp.163-187.
35. V. E. FRANKL, *El hombre doliente*, trad. do alemão, Barcelona, Herder, 1994.