

# Ideias de Morte num Grupo de Crianças Leucémicas dos 8 aos 11 Anos de Idade (\*)

*RITA SILVEIRA MACHADO (\*\*)*  
*JOÃO C. PINTO TRINCÃO (\*\*\*)*  
*JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (\*\*\*\*)*

## 1. INTRODUÇÃO

No contexto da intervenção em Psicologia da Saúde, deparamos frequentemente com a problemática da morte e do morrer. O silêncio, o embaraço e a fuga dos técnicos perante os seus próprios sentimentos face ao fim irreversível, a angústia dos familiares, o isolamento e o medo dos que se deparam com a iminência da morte, torna primordial a investigação nesta área.

Esta temática da morte tem encontrado, nestes últimos anos, novos percursos e estilos de reflexão. Têm tido lugar muitos congressos e seminários subordinados ao tema, mas foram os trabalhos de Kübler-Ross (1969) que primeiro vieram abrir caminho para novas investigações nesta área. A autora veio chamar a atenção para o enorme sofrimento psicológico daqueles indivíduos, num contexto de saúde que não previa o acompanhamento do doente como Homem, de-

tentor de uma existência e projecto únicos. Como enfrentarão as crianças tal situação?

## 2. OBJECTO E OBJECTIVOS DE ESTUDO

Escolhemos para o nosso estudo um grupo de crianças leucémicas da faixa etária dos 8 aos 11 anos. O mundo da criança deste grupo etário é dominado pela entrada e participação na escola. A escola é, neste período, um ambiente socializante major. Muitas das capacidades que aqui são adquiridas são reforçadas pela educação formal, aquisição de um vocabulário mais rico, tal como de uma gramática mais sofisticada, capacidade de leitura e escrita, aquisição da lógica elementar, dos princípios de reversibilidade e conservação, uma maior conformidade com as regras sociais, intensificação e diversificação das relações interpessoais com elementos do mesmo ou do sexo oposto, entre outras.

Estudos de Vernick e Anthony (1955), com crianças leucémicas, sugerem que todas as crianças conheciam o diagnóstico, os sintomas, o tratamento, dando-se conta de que poderiam morrer devido à doença.

Segundo N. Alby e J. Alby (1967), a expressão da ideia de morte é feita segundo as imagens

---

(\*) Os autores agradecem ao Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia.

(\*\*) Psicóloga Clínica.

(\*\*\*) Psicanalista. Assistente, ISPA.

(\*\*\*\*) Psiquiatra. Assistente, ISPA. Coordenador do Núcleo de Investigação de Psicologia da Saúde.

pelas quais a criança entende a Morte: uma *separação*, um *isolamento*, uma *falta*.

Foi na sequência destas leituras, que se nos pôs o problema de como é que são estas ideias de morte, e como é que elas nos chegam. Tivemos como finalidade investigar as ideias de morte em crianças com leucemia, tendo enunciado o problema do seguinte modo: «Será que as crianças com leucemia, entre os 8 e os 11 anos de idade, têm ideias de morte diferentes das crianças saudáveis da mesma idade?»

Em função deste enunciado definimos as seguintes questões a investigar: (a) Nas crianças leucémicas, entre os 8 e os 11 anos de idade, existem ou não ideias de morte; (b) No caso de existirem como é que elas se manifestam; e (c) Saber se são ou não diferentes que as crianças saudáveis do mesmo grupo etário apresentam.

### 3. A CRIANÇA E A MORTE

A aquisição do pensamento conceptual é um processo que permite à criança ordenar toda a estimulação que lhe chega, de uma forma desordenada, do mundo que a rodeia. A capacidade de conceptualizar e assim pensar de uma forma lógica, tem lugar, na opinião dos mais considerados investigadores nesta área, primeiro com conceitos habituais, depois através da dedução e indução e, finalmente, passa a abranger todos os acontecimentos.

É também de acordo com a sequência atrás proposta, que surge a noção de morte na criança, lenta e progressivamente. Muitos psicólogos do desenvolvimento acreditam que a criança muito pequena (até aos 2 anos de idade), não têm nenhuma compreensão da morte. No entanto, entre os extremos de nenhuma compreensão e de pensamento abstracto integrado, explícito, há muitos modos pelos quais a mente nos primeiros anos de vida pode entrar em relação com a morte.

A aquisição do conceito de morte está relacionada, entre outras, com a capacidade da criança em organizar a informação e constituir relações entre as coisas, de modo a criar um significado de si própria e do mundo que a rodeia.

A maior parte dos autores, em resultado das suas investigações, refere que as crianças com doença grave ou fatal teriam uma ideia de Morte adquirida muito mais precocemente do que as

outras crianças saudáveis, e teriam uma consciência muito mais desenvolvida do perigo que correm, do que os adultos pensariam; porém exprimiriam essa realidade de uma forma não verbal.

Vernick (1955) nos seus estudos com crianças leucémicas observa o comportamento do grupo e conclui que este tem uma dinâmica particular. As crianças não estão particularmente ligadas (afectivamente) umas às outras, mas são extremamente sensíveis às ausentes. Elas aprendem a conhecer a outra criança sem se envolver afectivamente. Sabem quais são as características da sua doença, os seus sintomas, o tratamento que recebem e mesmo a sua esperança de vida.

A sua preocupação não é tanto com a sua «partida», mas sobretudo com a separação das pessoas que ficam. Sentem-se abandonadas e do que têm medo é da solidão, do isolamento e da ansiedade de separação. Isto não é só fundamentado numa interpretação, mas sobretudo no facto inalienável, de que as pessoas à sua volta, que as amam e que as tratam, começam a desligar-se delas e a pôr em jogo o processo de luto.

A pesquisa de Maria Nagy (1959), que trabalhou com crianças dos 3 aos 10 anos, residentes na Hungria, dos mais diversos ambientes sociais e religiosos, constitui uma pesquisa de interesse fulcral para o trabalho que aqui se pretendeu desenvolver, uma vez que apresenta suporte para a operacionalização da variável dependente - Ideias de Morte.

Esta autora categorizou os seus dados em três principais fases do desenvolvimento:

#### **Estádio I, presente até aos 5 anos**

A criança pré-escolar não reconhece que a morte é final (esta é talvez a característica mais significativa do primeiro estágio). Encara a morte como sendo uma continuidade da vida, isto é, o estar morto consiste numa diminuição do estar vivo. A morte é um «sono ... uma partida» - isto nega inteiramente a morte; a criança reconhece o facto da morte física mas não pode separá-la da vida - considera-a gradual ou temporária. Dada esta interpretação de morte, a criança tende mais a senti-la, no aspecto da *separação*.

#### **Estádio II, entre os 5 e os 9 anos**

A característica que mais distingue esta faixa, é que a criança tende a personificar a morte. Na-

gy encontrou duas formas principais de personificação: a morte é vista como uma pessoa separada, ou a morte é, e, ela própria, uma pessoa morta. A criança parece agora compreender que a morte é final, no entanto, pode evitar-se a morte pessoal (*exclusão*).

### **Estádio III, entre os 9 e os 10 anos**

As crianças mais velhas do estudo de Nagy tendiam a ter claro conhecimento de que a Morte não só é final, como também é inevitável. A criança desta idade sabe que todos os seres vivos, do mundo, morrerão (*fim irreversível*).

Outra das contribuições mais interessantes, na área da Ideia de Morte na criança, foi a de Sylvia Anthony (1940). Concluiu, que as crianças normais pensam com frequência na morte e predominam os temas: «... a Morte como separação pesarosa e a morte como derradeiro resultado da agressão destacam-se como as principais conotações típicas da Ideia, qualquer que seja o método de estudo. O tema pesaroso foi, com frequência, associado à perda de um filho pelos pais, ou à perda de um dos pais pela criança. A morte era encarada, primordialmente, como solidão e separação. O tema do medo da agressão implicava a morte como o derradeiro resultado de acções violentas.»

S. Anthony refere ainda que uma qualidade «mágica» impregna muito o pensamento infantil sobre a morte. Por «mágica», ela quer dizer que a criança tende a acreditar que os acontecimentos sucedem de certo modo, porque ela pensa neles de certo modo. De interesse particular é a noção de que um pensamento ou intenção vingativa dirigida a alguém faz da criança efectivamente um assassino, daí a culpa ser uma das reacções típicas da criança face à morte.

Apesar das divergências dos vários autores que se debruçaram sobre esta temática, podemos referir que das suas conclusões, a conceptualização de Morte é uma aquisição lenta e relativamente tardia no desenvolvimento da criança.

Hoje em dia, apenas poucas crianças contactam directamente com a Morte, ao presenciarem a Morte de outrém ou ao verem um cadáver. As experiências de Morte, segundo Ajuriaguerra e Marcelli (1989), são essencialmente transmitidas pela televisão, são demasiado impessoais e levam a uma visão errónea da realidade. A Mor-

te aparece com um carácter não definitivo, pois a criança observa os actores «mortos» num filme reaparecerem vivos num próximo filme. Aqui a Morte intervém como um espectáculo, onde a criança é confrontada com dois movimentos: (a) o confronto é cada vez menos com a Morte real e portanto como um processo irreversível e fim de um ciclo biológico; (b) o confronto é com a Morte fictícia (reversível) da qual se pode renascer constantemente. Seria a partir destes dois movimentos que vai organizar-se o conceito de Morte na criança da sociedade actual.

As experiências e os vários acontecimentos de vida, podem desempenhar um papel fundamental na conceptualização e no entendimento da Morte, por parte da criança. Assim, existe um número de situações que colocam umas crianças, mais do que outras, em contacto mais frequente ou precoce com a Morte. A Morte de um familiar, amigo ou animal, a ocorrência de um acidente grave, o aparecimento de uma doença grave ou fatal, podem confrontar a criança com a Morte e alterar os seus estádios de conceptualização da Morte, acelerando assim a consciencialização do fim irreversível ou até adiando a mesma conceptualização.

Dos trabalhos de Bowlby (1973), podemos concluir que as alterações mais significativas, no que respeita à evolução das Ideias de Morte, ocorrem quando a criança é portadora de uma doença grave ou de evolução fatal.

Paralelamente aos efeitos directos da doença, conhecidos desde há muito, como a sensação de mal-estar, dores, perturbações do sono e do apetite, os efeitos reactivos à doença têm merecido, ultimamente, um interesse muito particular. Estes expressam-se predominantemente nas esferas psicológica e somatopsíquica, e podem revestir vários aspectos, como por exemplo, a regressão, a depressão, bem como as vivências ligadas à interpretação que a criança faz da doença e da morte.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### *4.1. Instrumentos*

Esquematizando, os instrumentos escolhidos e utilizados foram os que se seguem: (a) *Entrevista*

*estruturada* – Com o objectivo de estabelecer a relação e de apurar dados relativos á identidade e vivência do sujeito; (b) *Children's Diagnostic Inventory (CDI)* – Com o intuito de controlar o nível de depressão nos sujeitos da amostra; (c) *Teste do «Patte Noire» de Louis Corman (1981)* – Para recolher relatos que pudessem dar-nos de alguma forma indícios das Ideias de Morte.

#### 4.2. Amostra

Primeiro foram seleccionadas todas as crianças entre os 8 e os 11 anos de idade, em situação de internamento, e convidadas a colaborar no presente estudo.

Em seguida, e em presença da mãe, foi realizada a entrevista directiva e aplicado o inventário. Finalmente procedeu-se à passagem da prova projectiva.

Uma parte da amostra foi recolhida no Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, com base no grupo de crianças hospitalizadas e com diagnóstico de Leucemia – Grupo A. Os outros sujeitos que constituem a nossa amostra foram recrutados de entre os sujeitos saudáveis, sem perturbações físicas graves, de uma escola primária e ciclo preparatório – Grupo B.

Os critérios de selecção foram essencialmente baseados nos seguintes parâmetros:

*Idade* – entre os 8 e os 11 anos

*Sexo* – feminino e masculino

*Leucemia* – diagnosticada há pelo menos 6 meses antes da passagem das provas

*Nível de escolaridade* – não inferior ao 2.º ano da 1.ª fase e não superior à 6.ª classe.

Estes dois grupos receberam o mesmo tratamento e foram comparados em termos dos resultados obtidos.

#### 5. RESULTADOS

A análise dos resultados foi feita com base em alguns parâmetros: tamanho das histórias construídas (número de imagens escolhidas), escolha das pranchas que estão conotadas, essencialmente, com os temas de separação, solidão, exclusão e fim irreversível, categorias mais inves-

tidas nos relatos apresentados e finalmente frequência de alusão aos temas acima apontados.

Foi também nosso objectivo de análise perceber quais foram as personagens mais amadas e menos amadas para cada um dos dois grupos. É através da atribuição destes dois adjectivos (feliz e gentil) que podemos compreender o lugar dos mesmos na vida de cada um dos grupos.

Em relação às preferências fomos averiguar quais foram as pranchas escolhidas como A (amadas) e como NA (não amadas), isto é, as que os sujeitos indicaram como sendo as que gostaram e as que indicaram como sendo as que não gostaram.

Fomos então verificar se estas diferenças são ou não significativas. Para isso, foi necessário recorrer a uma prova estatística, que nos testasse a hipótese de homogeneidade ou heterogeneidade entre os dois grupos. Utilizámos a prova do Qui-Quadrado, estabelecendo como **H0**: Existe homogeneidade entre o grupo A e o grupo B; e, como **H1**: Existe heterogeneidade entre o grupo A e o grupo B.

Para todos os itens em análise rejeitámos H0 aceitando H1, concluindo assim que existe heterogeneidade entre os dois grupos e as diferenças eram significativas.

#### 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os nossos resultados permitem-nos encarar a análise da heterogeneidade dos grupos experimental e de controlo e discutir algumas hipóteses teóricas formuladas.

Podemos dizer que, de uma maneira geral, os protocolos são mais ou menos restritos, não aparecendo muita variedade de imagens escolhidas, embora hajam histórias mais compridas e outras mais curtas.

No que respeita à identificação dos sujeitos com o herói das histórias, verificámos que todos, excepto um (sujeito do grupo de controlo), se identificaram com o PN, mostrando assim, que lhes foi possível projectar as suas tendências e assumi-las, no papel do herói.

Outro pormenor que nos parece relevante é o facto de quase todos os sujeitos, quer do grupo A quer do B, identificarem os personagens das histórias com a sua própria família, mostrarem a

sua aptidão para as relações afectivas e o seu investimento na libido objectal.

As principais diferenças, entre os dois grupos, refletem-se essencialmente no que se refere ao conteúdo da prancha 10, no modo como é vivenciada a separação. De um lado, ela é inevitável e chegará a todos (grupo B), por outro ela é dolorosa, dramática e é possível evitá-la. Mostra-se aqui claramente o mecanismo de defesa da «negação» e mostra-se que os mecanismos de defesa não são patológicos, antes são salutares.

O grupo experimental mostra uma tendência clara em assumir conflito da solidão nocturna. A ideia de morte manifesta-se através da tendência marcada para o medo da solidão. Mais uma vez o medo da morte surge através da solidão, do medo perante a incerteza e a inquietude do futuro. Não conseguem certificar-se do que o futuro lhes prepara – não projectam no futuro – não lidam eficazmente com a independência – não resolvem a solidão, a separação – a Morte.

Nos relatos dos indivíduos do grupo B predominam as histórias de medo do escuro (com resolução – acende-se uma luz) e histórias mágicas. Dão, por isso, o tema da solidão, mas apresentam meios para a combater – a solidão aparece como evitável – tem solução.

No grupo A, os relatos referem a partida como resultado de uma obrigação à solidão e por o PN se ter perdido. Existe um único caso aqui, que refere a volta a casa, evocando razões de dependência. O grupo apresenta essencialmente o tema da volta com algum distanciamento (identificando o personagem como sendo um amigo), e evoca também a partida inerente ao crescimento e a independência progressiva.

A Mãe é apontada, nos dois grupos, como sendo a mais gentil. No grupo experimental, as razões referidas apontam no sentido de uma temática de suporte afectivo e material. O Pai é também o mais gentil em 20% dos casos, por razões de companheirismo e diversão, assim como de suporte material. Apenas um sujeito refere o PN como sendo o mais gentil, alegando que é amigo de todos (tentativa de não ser excluído do grupo).

A grande diferença reside na importância do suporte afectivo e material, que no caso do grupo experimental, é atribuído em 40% dos casos aos pais, enquanto que nos sujeitos do grupo de controlo é distribuído pela família (mãe, pai e

irmãos). Os sujeitos do grupo A sentem o suporte como uma necessidade premente sem o qual eles não sobrevivem. O medo da separação e da solidão pode ser superado através deste suporte, e por conseguinte, o medo da morte pode ser ajudado a superar.

No grupo B, o PN é o mais feliz em 80% dos casos. Não tem limitações na sua actividade, é amado como os outros e não está sozinho. Neste grupo, é ainda importante referir que a Mãe não é considerada a mais feliz em nenhum caso.

Há a salientar que 80% dos sujeitos doentes consideram o PN como o menos feliz e apontam razões de doença, de incerteza face ao futuro e de auto-estima baixa. Temem que a diferença (exclusão) os leve à separação total e portanto à morte. Neste grupo, os irmãos e a mãe, de igual modo, são os menos felizes, pois temem pela separação do PN.

Os temas da mãe de substituição, da agressividade e da separação são tendências dominantes, manifestadas apenas pelos sujeitos experimentais. Estas crianças, sujeitas a cuidados médicos muito intensos e frequentes, assim como a longas estadias fora do seu meio social habitual, manifestam o seu agrado pela figura da mãe de substituição (podendo ser representada na figura do médico ou enfermeira que trata da criança). No seu mundo, sentem-se, provavelmente, ameaçadas quer pela agressividade do mundo exterior a que estão sujeitas, quer pelas frequentes separações que sofrem.

A imagem da partida e sugere tristeza e solidão. É uma tendência particular assumida e aprovada pelo grupo A, mais do que pelo grupo B. Neste último, as crianças têm tendência a encarar esta partida como necessária para a sua independência. Geralmente, o herói parte em busca duma profissão, ou de algo que seja símbolo de independência. Pelo contrário, nas crianças leucémicas, esta partida é sempre triste e não tem volta. É a partida que vai condená-las à solidão e à separação da família, por isso à morte. Mostramos que a maioria das crianças não pode encarar uma independência completa pois significa a perda de protecção parental, sem a qual não poderão sobreviver.

As categorias 1 (cura), 3 (mãe boa), 6 (felicidade), 9 (n. solidão) e 14 (protecção), só são investidas pelo grupo A. São pedidos que revelam desejos, muito próprios das crianças doentes, de

cura, cuidados e suporte afectivo, felicidade e um desejo importante de não serem abandonadas, isto é, não serem obrigadas à solidão e ao isolamento.

O desejo de não morrer apresenta frequência igual para os dois grupos, reflectindo igual preocupação e medo para os sujeitos de ambos os grupos.

Salientamos que as categorias 12 (casamento) e 13 (não ficar velho), só são referidas pelo grupo B. O casamento como projecto futuro a longo prazo é investido pelo grupo de controlo. Também o não ficar velho poder-se-ia incluir na categoria de Não Morrer, pois são os velhos que morrem e que estão mais próximos da doença e da incapacidade e mais desprovidos de carinho e de afecto.

A frequência com que é mencionada a categoria 5 (dinheiro) pelo grupo B, representa o investimento maior em termos de projecção dos próprios desejos da criança. O dinheiro aparece como solução mágica para todos os problemas que possam surgir. É através do dinheiro que a criança consegue resolver os problemas de variada ordem como doença (paga ao médico), fome (compra comida), solidão e separação (sendo rica não está sózinha) etc. Ela satisfaz todas as suas necessidades físicas e de suporte afectivo através do dinheiro. Esta consciência existe maioritariamente no grupo de controlo, pois para os sujeitos doentes a categoria mais referida é a 8 (não separação). É mais importante que esta última criança se sinta acompanhada e amada para que a morte não chegue.

O grupo B apresenta um maior desejo de independência, concretizado através da expressão do desejo de uma profissão. Já tínhamos visto, anteriormente, que este grupo aceita com mais facilidade a necessidade de independência, enquanto que os sujeitos experimentais apresentam desejos mais relacionados com a necessidade de suporte afectivo e protecção o que aponta para a dificuldade de deixar o estado de dependência.

Poderíamos, então, resumir os desejos do grupo A nas seguintes categorias: cura, necessidades de protecção e afecto, desejo de não separação e não solidão que vão no sentido do desejo de não morrer. São pedidos que revelam a necessidade de permanecer num estado de dependência para que a morte não chegue e com ela a separação e a solidão irreversíveis.

Para o grupo B, os desejos vão no sentido inverso. Os pedidos de dinheiro, profissão, atributos e casamento apontam na direcção da necessidade de independência. Através destes desejos, estas crianças tentam assegurar a sua sobrevivência longe da família e da protecção parental.

Podemos estabelecer que os modos como se manifestam as ideias de morte no grupo A são essencialmente através do medo da separação e da solidão. Manifestam-se ainda através de sentimentos de exclusão, o que não acontece em nenhum dos sujeitos do grupo de controlo. O fim irreversível, é mencionado em relatos de ambos os grupos, mostrando maior incidência no grupo B.

O medo da separação aparece com frequências relativamente próximas nos dois grupos, enquanto que a frequência com que é referida a solidão é muito superior para o grupo A.

Podemos então dizer, que a ideia de morte aparece nos dois grupos. Manifesta-se de igual modo através dos quatro parâmetros: separação, solidão, exclusão e fim irreversível, embora com incidências diferentes.

As diferenças relativas aos dois grupos dizem pois respeito à frequência com que é abordada a ideia de morte, e o modo como é vivenciada.

Em suma, e procurando responder às questões colocada inicialmente: (1) *A totalidade das crianças da amostra tem ideias próprias acerca da morte*; (2) *As ideias de morte, presentes nos relatos destas 20 crianças, manifestam-se nas quatro vertentes pesquisadas: separação, solidão, exclusão e fim irreversível*; (3) *As ideias de morte não são diferentes qualitativamente nos dois grupos*. Elas surgem com mais frequência, angústia e medo nas crianças leucémicas; (4) *As ideias de morte são vividas de modo diferente nos dois grupos*. Para o grupo de crianças leucémicas a morte está aliada ao sofrimento inerente à doença, à separação, à solidão e à exclusão do grupo. Vivem esta situação no presente e representam-na como irreversível. Para as crianças saudáveis a morte está aliada à separação e solidão. No entanto, é vivida num futuro longínquo, como situação irreversível mas como fim natural da existência.

## 7. COMENTÁRIO FINAL

Consideramos que uma criança que se confronta com uma doença grave, de evolução fatal, deve ser ajudada e, sobretudo, deve-lhe ser permitido explorar o luto, e tal como os adultos, modular as suas defesas face a uma perda, real ou imaginária.

A criança doente enfrenta a sua própria doença, com tudo o que ela acarreta (tratamentos agressivos, internamentos prolongados, exames dolorosos) e não poderá sobreviver se não partilhar com os outros os seus sentimentos. A expressão destes sentimentos é algo constrangedor, quer para a criança quer para quem a rodeia. Não é de estranhar que ela, como resposta à sua solidão, se refugie num mundo imaginário ou fique muito assustada e mesmo agressiva com os pais e técnicos de saúde.

A hospitalização de uma criança constitui sempre uma situação de alto risco para o seu equilíbrio psicológico actual e futuro, não apenas pela separação criança-mãe (ou substituto materno) que ela implica, como ainda pela interiorização que a criança vai fazer da doença e dessa mesma separação.

Ao tratar uma criança doente, os profissionais de saúde têm necessidade de ter presente um amplo modelo de intervenção que toma em consideração uma série de aspectos relacionados com a idade e o desenvolvimento da criança. Aqui inclui-se uma consciência de «timing» relativo, da evolução das crianças que ocorrem com a maturação e coordenação física, aquisição da linguagem e das capacidades cognitivas, e, sobretudo, da expressão dos sentimentos.

É fundamental considerar a vivência particular que cada criança tem da morte. Pensar que as tendências que se desenvolvem, directa ou indirectamente, a partir das ideias de separação (inclusivé de «isolamento afectivo») são determinantes na orientação que estas crianças vão ter perante o futuro, o valor da vida e outros tópicos relativos à morte, quando atingirem a idade adulta (se atingirem).

Esperamos que este trabalho de investigação tenha dado uma contribuição, no campo da psicologia da saúde, no que respeita à manipulação de um instrumento projectivo, no despiste de ideias de morte, angústias e medos que se põem como conflitos traumatizantes no desenvolvi-

mento da criança doente. Poderá ter sido mais um passo na compreensão da problemática da morte com que se deparam muitos técnicos e famílias que lidam diariamente com crianças portadoras de doença grave de evolução fatal.

Assim, as acções de formação e a investigação nesta área poderão prestar as suas contribuições, nos hospitais e outras instituições de saúde e promover o alívio psicológico da criança em sofrimento.

O estudo poderá também ter contribuído para alertar para a necessidade de programas de prevenção de distúrbios psicológicos que podem surgir nas crianças gravemente enfermas. Também na prevenção de futuros problemas psicológicos e psiquiátricos, este estudo poderá constituir uma etapa para a ressocialização da morte, a meditação sobre a abordagem do tema da morte com a criança, não a excluindo das cerimónias fúnebres e do pesar familiar.

## REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1989). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson
- Alby, N., Alby, J.M. & Chassigneux, J. (1967). Aspects Psychologiques de L'évolution et du Traitement des Leucémiques, Enfants et Jeunes Adultes dans un Centre Spécialisé. *Nouv. Rev. Fran. Hémat*, 7(5): 577-588.
- Alby, N. & Alby, J.M. (1971). L'intervention psychologique dans un Centre de Recherche et de traitement d'hématologie. *Psychiat. Enf.*, XIV: 2.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Anthony, S. (1940). *The child's discovery of death*. New York: Harcourt Brace & World.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol 2: Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.
- Corman, L. (1974). *Le test PN, t2: Le Complexe de Oedipe*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Corman, L. (1976). *Le test PN, t3: La Règle d'Investissement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Corman, L. (1981). *Le test PN, t1: Manuel*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Nagy, M. (1959). *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill.
- Orville, B. et al., Ed. (1970). *The Dying Patient's Point of View, in the Dying Patient*. New York: Russel Sage Foundation.
- Vernick, J. & Karon, M. (1955). Who's Afraid of Death on a Leukemia Ward?. *American J. Dis. Child*, 109: 393-397.

## RESUMO

Quisimos explorar a possibilidade de diferenças quanto às ideias de morte reunindo um grupo de 20 crianças, 10 leucémicas e 10 saudáveis, entre os 8 e os 11 anos de idade. Admitimos como hipótese, que a criança leucémica apresentaria representações e atitudes diferentes perante a ideia de morte. Considerámos que a exploração e a aproximação feita às ideias de morte, neste grupo, permitir-nos-iam modificar e adaptar as atitudes terapêuticas para os pedidos de auxílio das crianças que, portadoras de doença grave, se veem confrontadas com a iminência da morte. Utilizámos uma prova projectiva, o teste do «Patte Noir», que nos permite a compreensão e identificação de alguns traços

e tendências relativas à personalidade de cada sujeito e considerar as preocupações que surgem relativamente à morte nas quatro vertentes pesquisadas: separação, solidão, exclusão e fim irreversível.

## ABSTRACT

In this paper the authors presents the results of a study with 10 leukemic children (8-11 years). The authors discuss the children's ideas about death (separation, loneliness, exclusion and irreversible end) and his serious consequentials in the field of clinical health psychology.