



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE FILOSOFIA

O LUTO COMO QUESTÃO BIOÉTICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Filosofia, na área de especialização em Bioética

Por

Nélio Leandro Barcelos Mendonça



Fevereiro – 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE FILOSOFIA

O LUTO COMO QUESTÃO BIOÉTICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Filosofia, na área de especialização em Bioética

Por

Nélio Leandro Barcelos Mendonça

Sob a orientação do Professor Doutor José Henrique Silveira de Brito



Fevereiro - 2011

Quando saí do centro de reeducação, trazia a criança nos braços. Cruzei-me com uma velha senhora numa cadeira de rodas. *O seu olhar iluminou-se ao ver o bebé.* Inclinei-me para lho apresentar. Os dois fitaram-se um instante – o que ainda não pertencia completamente ao mundo, e a que já lhe não pertencia completamente. A mulher tinha uma cara maravilhosamente enrugada, semelhante à casca de uma árvore secular. *Perante a perfeição destas duas presenças, eu não conseguia compreender porque quer esta sociedade a todo o preço que permaneçamos jovens, afastados das luzes do nascimento e da velhice, cravados no meio delas*¹.

Christian Bobin

¹ BOBIN, Christian, *Ressuscitar*. Coimbra: Tenacitas, 2006, p. 67.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 6 |
| I. DO VÍNCULO À PERDA NO MEIO FAMILIAR | 8 |
| 1. A construção do vínculo: amor e perda | 8 |
| 2. A singularidade de alguns lutos | 15 |
| 2.1. A morte dos pais (na criança) | 15 |
| 2.2. A morte de um filho..... | 23 |
| 2.3. A morte do cônjuge..... | 32 |
| 3. Síntese conclusiva..... | 36 |
| II. O LUTO NORMAL E SUAS FASES | 37 |
| 1. Choque emocional | 37 |
| 2. Negação e busca da figura perdida | 38 |
| 3. Desorganização emocional e desespero..... | 42 |
| 4. Reorganização emocional e adaptação | 44 |
| 5. Síntese conclusiva..... | 47 |
| III. PRIVATIZAÇÃO DA MORTE E PATOLOGIA | 48 |
| 1. A morte pública e “doméstica” | 48 |
| 2. A morte oculta e “institucional” | 56 |
| 3. Factores de risco no luto | 64 |
| 4. Tipologias de luto perturbado | 67 |
| 4.1. Luto antecipado..... | 67 |
| 4.2. Luto adiado | 69 |
| 4.3. Luto crónico | 71 |
| 4.4. Luto patológico | 72 |
| 5. Padrões de apego e padrões de luto | 73 |
| 6. Síntese conclusiva..... | 79 |
| IV. APOIO E PREVENÇÃO DO LUTO | 81 |
| 1. A educação para a morte..... | 81 |
| 2. Relação de ajuda e competências..... | 84 |
| 3. Grupos de entajuda e sua caracterização | 85 |
| 4. O sentido do luto e do sofrimento..... | 88 |
| 5. Síntese conclusiva..... | 93 |
| CONCLUSÃO | 94 |
| BIBLIOGRAFIA | 97 |

INTRODUÇÃO

As questões da *vida* e da *morte* são questões basilares de toda a existência. Por detrás da pluralidade ética, a questão fundamental de toda a vida humana resume-se à busca do seu sentido no confronto com o limite e a fragilidade de cada pessoa. Deste modo, a dor e o sofrimento constituem como que a base, a partir da qual se reestrutura toda a realidade humana e toda a ética.

Escolhi este tema incómodo pela escassa bibliografia disponível, em Portugal, sobre as questões da morte e do luto, mas, sobretudo, por esta questão ser tão mal tratada e vivida na sociedade contemporânea.

Em Lisboa, após a ordenação sacerdotal, “descobri” a sensibilidade para o acompanhamento das pessoas em situação de sofrimento, através do ministério da reconciliação e, sobretudo, da celebração das exéquias fúnebres. O contacto com esta realidade despertou-me para a importância pastoral de um acompanhamento mais humano, na elaboração do processo de condolência.

O objectivo deste trabalho consiste na interrogação sobre a génese do comportamento actual, que procura suprimir do espaço da consciência e da vida, a realidade da morte e do luto, sugerindo-se uma nova abordagem ética nesta questão.

Este trabalho estrutura-se numa sequência de quatro capítulos.

O primeiro reflecte sobre a construção do vínculo, do amor e do apego, e da consequente reacção de luto aquando da perda de uma pessoa significativa. Com o contributo dos dados da etologia e da antropologia, estuda-se a formação do vínculo humano, pois que a dor da perda (luto) é proporcional ao grau de vinculação. Passamos, depois, a abordar o luto pela morte dos pais, pela morte de um filho e do cônjuge.

O segundo capítulo aborda o luto dito normal, descrevendo as várias fases do processo de condolência, desde o choque emocional até à integração da perda sofrida.

O terceiro capítulo constitui o núcleo central deste estudo. Trata da questão da privatização da morte e do luto, partindo do estudo retrospectivo deste tema, desde a Idade Média até à actualidade, e identifica as várias tipologias de luto perturbado. Conclui aferindo da correlação entre os padrões de apego e os padrões de luto.

O quarto e último capítulo aborda a questão da prevenção do luto, referindo-se à pertinência da educação para a morte, à relação de ajuda, aos grupos de entreatajuda no luto e, ainda, à procura do sentido da dor e do sofrimento nestas situações. Aqui refere-se quer o luto pela morte do outro quer o luto de si próprio, no caso dos doentes terminais.

Finalmente, agradeço muito reconhecidamente ao Professor Doutor José Henrique Silveira de Brito, Professor da Faculdade de Filosofia de Braga, pelo acompanhamento e pelo rigor e pertinência das suas observações em ordem à elaboração deste trabalho.

Expresso a minha gratidão ainda à Dra. Emília Maria Agostinho, Presidente da Associação «A Nossa Âncora - Apoio a Pais em Luto», pelo apoio e incentivo desde a primeira hora e ao Fr. Amador Pereira Carreira, pelo cuidado na revisão do texto.

Não poderia deixar de agradecer, também, a todos e a cada um dos professores de Bioética que foram meus mestres na arte e na ética da vida, com uma referência particular à Professora Doutora Isabel Renaud, que desde os bancos da Faculdade de Teologia, em Lisboa, ajudou-me a despertar para o valor e a pertinência da bioética na actualidade.

Finalmente, uma última palavra de apreço aos meus confrades, pela benevolência e compreensão dispensados no decurso deste trabalho de dissertação de mestrado.

I. DO VÍNCULO À PERDA NO MEIO FAMILIAR

No contexto da existência humana, a maioria das perdas passam despercebidas, outras há que deixam marcas para toda a vida, como a morte de uma pessoa significativa. Neste âmbito, não se pode amar e pretender que não soframos pela perda de uma pessoa querida, pois “a dor do luto faz parte da vida, do mesmo modo que a alegria do amor; é talvez o preço que pagamos pelo amor, o custo pelo envolvimento recíproco”².

Com o contributo de John Bowlby e de outros autores, abordaremos a génese e os factores determinantes da vinculação humana, especificando as reacções de perda e luto, pela morte de uma pessoa significativa, em contexto familiar: luto pela morte dos pais (na criança), do filho e do cônjuge.

1. A construção do vínculo: amor e perda

A inter-relação entre o amor e a perda, no processo do luto, foi teorizada por John Bowlby, psiquiatra britânico, que, após a Segunda Guerra Mundial, estudou, ao serviço da Organização Mundial de Saúde, o efeito da privação materna junto das crianças recolhidas em orfanatos durante o conflito.

A partir do vínculo que se estabelece entre mãe e filho, Bowlby³ identificou no filho o designado *comportamento de apego* e na mãe o *comportamento de cuidar*, constituindo estes uma estratégia inata, em ordem à manutenção da sobrevivência. O autor, a partir do paralelo com outras espécies animais, considera que o processo do luto é sustentado por uma base biológica.

Mediante a teoria do apego, Bowlby precisou que tais laços surgem como uma necessidade de segurança e protecção, iniciam-se muito cedo e tendem a durar por uma grande parte da vida. Deste modo, estabelecer laços com pessoas significativas é considerado um comportamento normal, não só entre crianças, mas também entre os

² BERMEJO, José Carlos, *Sufrimiento y exclusión desde la fe*. Santander: Sal Terrae, 2005, p. 132.

³ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. I, *Apego. A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 2002³, p. 225ss.

adultos. Na prática, quem escolhe amar, escolhe sofrer, sendo a intensidade da condolência proporcional à força do apego.

Ao contrário de Freud – que defendia o vínculo mãe-filho como consequência da satisfação da necessidade de nutrição – Bowlby salienta que a natureza do vínculo resulta da necessidade inata do bebé de manter a proximidade e o sentimento de segurança. Deste modo, os seres humanos tendem a estabelecer fortes laços afectivos com determinadas pessoas, manifestando uma forte reacção ao sentimento de perda, quando ocorrem separações.

O autor, socorrendo-se dos dados provenientes da etologia – desenvolvida por Charles Darwin e Konrad Lorenz entre outros – assinalou a existência de comportamentos de apego nos primatas em tudo idênticos aos humanos.

Experiências levadas a efeito por Harry Harlow com bebés macacos, na presença de duas *mães* virtuais – um cilindro de arame com leite e outro revestido de pêlo – demonstraram que aqueles procuraram mais a proximidade e o contacto, mais frequentemente, das *mães felpudas*, que lhes davam conforto, do que das *mães de arame*, que lhes forneciam alimento. De facto, “todas as experiências mostraram que o *conforto do contacto* acarretou o comportamento de apego, ao passo que o alimento não”⁴.

Esta descoberta, aplicada também aos seres humanos, contradiz directamente a ideia de que o bebé se apega à mãe, apenas porque a associa a uma redução das suas necessidades nutritivas. Pelo que privar um bebé do aconchego e da ternura maternas pode ser tanto ou mais cruel que privá-lo da alimentação.

Quanto à reacção à perda ou separação, Harlow também observou que, “se a mãe se deslocar depressa de mais ou partir subitamente, o bebé esbraceja aflito e a mãe responde puxando-o para si. Noutras ocasiões, quando está afastado da mãe, ele pode chamá-la com um guincho breve e esganiçado, e isso também faz a mãe acudir instantaneamente e apanhá-lo. Um bebé que perde a sua mãe emite apelos muito prolongados (...); isso pode levar uma outra fêmea a apanhá-lo. Na eventualidade de ocorrer qualquer perturbação

⁴ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. I, *Apego. A natureza do vínculo*, p. 265.

súbita, quando o bebé está separado da sua mãe, cada um corre imediatamente para o outro; então, o bebé agarra-se a ela, na posição ventro-ventral, e abocanha a teta”⁵.

Este padrão de apego/separação persiste por alguns anos, diminuindo com o crescimento e sendo transferido, de forma gradual, para outros membros do grupo de idade semelhante. Contudo, Bowlby assinala que o comportamento de apego não desaparece totalmente, referindo, por exemplo, o caso dos babuíños, onde os machos parecem romper com o comportamento de apego, enquanto “as fêmeas continuam a manter uma relação muito próxima com a mãe, e em alguns casos também com as suas irmãs uterinas, durante toda a vida”⁶. Outro exemplo é o dos chimpanzés – geneticamente mais próximos do homem – onde as “relações muito próximas entre as mães e os seus filhos, e também entre irmãos, persistem durante toda a vida”⁷.

Em todos os primatas, observou-se que os bebés procuravam a mãe pelas necessidades de protecção, alimentação e segurança, afastando-se desta em deslocações exploratórias regulares, num raio de acção de crescente amplitude.

No caso do ser humano, o seu ciclo vital encontra-se entretecido por um desenrolar sucessivo de perdas e ganhos, de encontros e desencontros, configurando-se o nascimento como a primeira experiência de perda e separação. Perda face à vinculação intra-uterina, pois que a presença materna faz-se sentir pela percepção e gosto do líquido amniótico (de acordo com os alimentos que a mãe ingere) e, através deste, da respiração, dos movimentos peristálticos e dos batimentos cardíacos da mãe⁸, e ainda da sua voz e ruídos exteriores, como a música⁹.

Este desabrochar progressivo dos sentidos possibilita a sintonia com o mundo emocional da mãe, desde os primórdios da gestação. O feto vive o stress, a angústia e a depressão maternas ou a sua alegria e felicidade, de tal modo que Jorge Biscaia defende que a educação para a paz, para o diálogo, e a aceitação do outro (o contrário da guerra), se

⁵ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. 1, *Apego. A natureza do vínculo*, p. 231.

⁶ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. 1, *Apego. A natureza do vínculo*, p. 233.

⁷ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. 1, *Apego. A natureza do vínculo*, p. 234.

⁸ O bebé memoriza o ambiente sonoro uterino, desde o 5º/6º mês de gestação, de tal modo que “os recém-nascidos junto da mãe, calados durante o dia, em que o ruído das visitas os devia perturbar, choram à noite, quando o silêncio devia conduzir ao sono”. BISCAIA, Jorge, *Perder para Encontrar*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2003, p. 50.

⁹ Cf. POCINHO, Margarida Dias, *A música na relação mãe-bebé*. Lisboa: Instituto Piaget, 2007².

iniciam no útero materno: “a primeira educação para a paz é o envolvimento de ternura e de acolhimento da criança que foi sendo gerada, tanto no pensamento dos pais como na quentura do útero materno. (...) Estes sentimentos pacificadores formam o primeiro núcleo da educação para a paz. São a primeira imunidade, porque representam a certeza de que a relação interpessoal é possível”¹⁰.

Assim, o *nascimento* do homem, em sentido lato, inicia-se no ventre materno, desde o alvorecer da pessoalização através da mãe, muito antes do seu nascimento físico. Antes do seu primeiro grito e de ser pegado ao colo, este conhecerá melhor a mãe do que ela a ele.

Mas a reciprocidade da vinculação também levará a futura mãe a esquadrihar os *sinais* da presença do filho. Antes disso, porém, poder-se-ia referir que a pré-consciência da vinculação materna inicia-se no pensamento e no desejo da mãe em ter um filho, necessitando esta – desde a concepção ao nascimento – de passar do bebé sonhado à aceitação do bebé real.

Os sinais *conscientes* da presença do filho foram em muito antecipados pelo uso das novas tecnologias, como a ecografia tridimensional. Este *ver* e *ouvir* o filho, embora numa fase precoce do seu desenvolvimento, potencia a vinculação dos pais em relação ao mesmo.

Por volta do quinto mês de gravidez, a mãe sentirá os primeiros movimentos do futuro bebé, a princípio suaves, depois mais vigorosos. Brazelton e Cramer afirmam que “em termos psicológicos, o bebé começou a *interferir*. Pode dizer-se que a vinculação [consciente] mais precoce começa aqui, pois agora existe um outro ser, a possibilidade de uma relação”¹¹.

Sadovski precisou que esta relação se intensifica quando a mãe começa a aperceber-se de padrões de actividade fetal, ao ponto de interpretar os mesmos, atribuindo ao bebé um determinado temperamento, personalidade e, por vezes, mesmo um sexo¹². As modernas técnicas dos ultra-sons vieram confirmar aquilo que as mães afirmavam ao longo dos séculos: a existência de ciclos de descanso-actividade.

¹⁰ BISCAIA, Jorge, *Perder para Encontrar*, p. 112.

¹¹ BRAZELTON, T.; CRAMER, B., *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar, 2004⁴, p. 35.

¹² Cf. BRAZELTON, T.; CRAMER, B., *A relação mais precoce*, p. 39.

Desta forma, “a maior parte das mulheres prevêem que os picos de actividade fetal ocorrem em períodos de inactividade das mães. (...) Quando a mãe estiver em actividade, ele estará quieto. Quando ela estiver imóvel, ele começará a *trep*ar pelas paredes do útero. (...) A previsibilidade e adaptação de um feto aos ritmos da mãe constitui um novo testemunho da existência do filho como uma pessoa, como uma pessoa que sabe *adaptar-se a ela*, assim como às pressões da sua vida”¹³. No último trimestre da gravidez, as mães sabem distinguir se o bebé está numa situação de sono profundo, sono leve, alerta activo ou sossegado.

Com o nascimento rompe-se esta unidade mãe-filho, vivida de modo interno, transferindo-se esta para o encontro face a face, mediante o contacto da criança, com a pele das mãos, do seio e do rosto materno. Daqui inferimos a importância da ternura materna, dispensada no toque afectivo.

Experiências realizadas em macacos bebés, revelaram que qualquer estímulo, ainda que negativo, é melhor que o abandono. Nos humanos prematuros, entregues à tecnologia das incubadoras, descobriu-se que estes melhoravam o teor de oxigénio se expostos à voz da mãe e ao contacto corpo a corpo, conhecido como técnica do *canguru*.

Esta *técnica*, apreendida desde tempos imemoriais, constitui aquilo que Jorge Biscaia designa como a “filiação do coração”¹⁴, pois não basta a mera gestação biológica, responsável por uma sociedade de “filhos órfãos com pais vivos”¹⁵.

Quanto às competências interactivas do bebé, estas manifestam-se como um “diálogo” anterior à palavra, mediante o sentido de orientação do rosto, o sorriso, a balbúciação, o choro, a sucção e, mais tarde, o gatinhar e o andar.

Experiências recentes mostram que, após o nascimento, o sistema sensorial do bebé está preparado para distinguir o cheiro e a voz da mãe, *sugando e girando a cabeça* na sua direcção¹⁶. Depois, a mãe, ao amamentar ou embalar o bebé, aconchegando-o contra si na posição ventro-ventral, permite que este possa interagir com a mesma, fixando o seu rosto, dado que os bebés nas primeiras semanas de vida alcançam um raio de visão de apenas 20

¹³ BRAZELTON, T.; CRAMER, B., *A relação mais precoce*, p. 41.

¹⁴ BISCAIA, Jorge, *Ao encontro da ternura*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005, p. 85.

¹⁵ MAGALHÃES, Vasco Pinto, *O Olhar e o Ver*. Coimbra: Tenacitas, 2001³, p. 81.

¹⁶ Neste e nos parágrafos seguintes acompanharei o autor. Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. 1, *Apego*. *A natureza do vínculo*, p. 334ss.

ou 25 cm, revelando, pois, uma preferência precoce para discriminar o rosto materno em detrimento de outros rostos. O *sorriso* inicia-se, de forma espontânea após o nascimento e vai ganhando maior consistência até culminar no sorriso selectivo, na presença de pessoas familiares. A sua função consiste em aumentar o grau de interacção com a mãe, podendo ser acompanhado por balbuciação e movimentação dos braços e pernas em jeito de contentamento.

O *balbuciar* do bebé, a partir das quatro semanas, surge como resposta a uma voz, sendo acompanhado, por vezes, também de um sorriso. No contexto social, quanto maior a estimulação vocal – desempenhando a mãe um papel decisivo –, maior a quantidade e qualidade do balbuciar do bebé, procurando imitar as vocalizações e, mais tarde, as palavras que escuta.

Acerca do *choro*, as mães aprendem a distinguir o motivado pela fome ou pela dor, reagindo de acordo com o grau de emergência. Outros motivos para o choro poderão ser o frio, a nudez, a intensidade da luz, para além daqueles já referidos, como a ausência da mãe.

Bowlby refere-se ainda ao *choro de solidão*, enumerando, por ordem ascendente, as formas mais eficazes de suspender o choro: o som da voz, a sucção não nutritiva e o embalo. Estudos recentes comprovaram que o bebé quando é embalado, “a sua pulsação reverte usualmente para um nível muito próximo do registado em repouso”¹⁷. Recordamos, no mundo ocidental, o uso do berço com baloiço, e noutras culturas o hábito de as mães levarem os bebés às costas.

Os pais, na presença do choro, procuram acalmar o bebé. Inicialmente, o som de uma campainha parece ser suficiente. Depois, na segunda semana, a voz humana passará a ser o estímulo mais eficiente, e assim sucessivamente, passando pela voz feminina indiferenciada, até fixar-se na voz da mãe, como a mais eficaz para suster o choro do bebé.

A *sucção*, detectada ainda no ventre materno, desempenha duas funções: uma com valor nutritivo e outra não. A primeira torna-se evidente e não necessita de explicação. Quanto à segunda, tem a função de acalmar o bebé, como fonte de segurança. No mundo

¹⁷ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T.1, *A natureza do vínculo*, p. 364.

ocidental, os pais costumam usar uma chucha para esse efeito, enquanto noutros povos o bebé procura o peito materno, sendo ainda comum, em bebés, a sucção do polegar.

Em comunidades primitivas verificou-se que os bebés consomem mais tempo na sucção não nutritiva do que na sucção de nutrição. Esta constatação revela que a função da sucção não nutritiva consiste em reforçar o comportamento de apego do filho em relação à mãe, particularmente quando aquele se sente alarmado ou perturbado por algum factor¹⁸.

Para John Bowlby, o comportamento instintivo de vinculação traduz-se na manutenção da proximidade com uma pessoa preferida e diferenciada de si mesma¹⁹. Esta discriminação da figura materna aperfeiçoa-se por etapas sucessivas, até a criança eleger a mãe como uma base segura, a partir da qual se afasta para incursões exploratórias de carácter lúdico e cognitivo²⁰. A criança voltará de quando em vez para junto da mãe, como que a confirmar a sua presença e o seu interesse. Outras vezes, para certificar-se da mesma, procurará ficar ao alcance do seu olhar ou da sua voz.

Por outro lado, a mãe estará alerta, não permitindo que o bebé se desloque para além de uma certa distância. Se tal acontece, desencadeia-se na mãe um comportamento de recuperação em ordem à protecção do seu bebé. Desta forma, quer o alarme da mãe quer a aflição do bebé desencadeiam uma acção imediata, reforçando-se, assim, a confiança e a afeição recíproca.

Nesta fase, o bebé passa a reagir com cautela, medo e alarme na presença de estranhos, confirmando este comportamento o sucesso do apego à figura de vinculação.

Recordemos ainda que Bowlby postula a existência de uma base genética ou biológica para o comportamento de apego, verificado em muitas espécies animais.

Na ausência da mãe, os bebés tendem a protestar pelo choro e/ou raiva, agarrando-se desesperadamente à mãe, quando esta regressa. Se tal não acontece, afastam-se e

¹⁸ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T.1, *Apego. A natureza do vínculo*, pp. 308-310.

¹⁹ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T.1, *Apego. A natureza do vínculo*, p. 297ss.

²⁰ É a segurança afectiva conferida pelo objecto de vinculação que possibilita a aprendizagem e o conhecimento do meio. Dulce Neli Luís apresenta o afecto como sustentáculo da aprendizagem – partindo de Brazelton – ao afirmar que “as interacções emocionais formam as bases não só cognitivas como também a maioria das capacidades intelectuais da criança, incluindo a sua criatividade e a capacidade do pensamento abstracto”. Deste modo, conclui que o maior trauma não é de ordem física: “A criança, pode aguentar um número grandíssimo de traumatismos, pancada, desmame precoce, etc., mas, há uma coisa que nenhuma criança pode suportar, a falta de amor”. LUÍS, Dulce Neli Oliveira, *Diálogo sem palavras. Relação Afectiva e o Processo Educativo*. Grafimadeira: Câmara de Lobos, 2008, pp. 104, 129.

mergulham na apatia e no desespero. Sabemos que a interiorização de uma vinculação insegura à mãe, no primeiro ano de vida, potencia, entre outras consequências, insatisfação e isolamento social na idade pré-escolar e escolar²¹.

Deste modo, a vinculação matricial encontra-se inscrita na raiz de todas as futuras vinculações, constituindo o luto a reacção normal à perda de algo ou de alguém. Toda a separação é uma perda, é a morte de um certo modo de viver, de se relacionar, para nos abrirmos a novos relacionamentos, a novos desafios.

Para além da morte de alguém próximo, existe ainda uma multiplicidade de perdas, que poderão desencadear uma reacção de luto: as perdas próprias do crescimento, a perda de bens materiais, a perda da cultura, a perda dos laços afectivos, como na separação ou no divórcio²², a perda da saúde²³ ou daquilo que nunca se possuiu, como o abandono dos pais em relação à criança.

2. A singularidade de alguns lutos

Consideraremos aqui apenas o luto do filho pela morte dos pais, o dos pais pela morte do filho e o do cônjuge. Restringimos a nossa análise a estes três lutos, visto tratar-se daqueles que maior impacto provocam no contexto vital da existência humana.

2.1. A morte dos pais (na criança)

Enfrentar a morte de uma pessoa significativa é sempre difícil, mas é ainda mais difícil para uma criança. Desde já, porque não tem a mesma noção de morte dos adultos,

²¹ Cf. LUÍS, Dulce Neli Oliveira, *Diálogo sem palavras. Relação Afectiva e o Processo Educativo*, pp. 80-81.

²² Cf. REBELO, José Eduardo, *Amor, luto e solidão. Como construir e preservar o amor, que trilhos adoptar no divórcio e no luto, e como evitar a solidão*. Casa das Letras: Alfragide, 2009. O divórcio constitui uma das perdas mais dramáticas, sendo “uma perda difícil de gerir, porque inclui elementos de possíveis responsabilidades pessoais na dissolução de um elo, tem uma conotação de falência social, carece de rituais externos que sancionem o fim da relação, sendo acompanhado de procedimentos legais, sobretudo quando há filhos envolvidos”. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*. Lisboa: Paulinas 1999, p. 17.

²³ Para além da crescente dificuldade em aceitar os próprios limites da condição humana, devido à confiança ilimitada no poder da técnica e da medicina, “a amputação de um membro provoca reacções de condolência semelhantes às que ocorrem quando alguém perde uma pessoa querida”. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 21.

no que toca à sua irreversibilidade. As crianças necessitam de um certo nível de desenvolvimento cognitivo para compreender a morte. Para uma criança de 3 anos, por exemplo, “a morte não é um facto permanente (...). É tão temporária como enterrar um bolbo de uma flor na terra e aguardar que floresça na primavera”²⁴, ou crer que o falecido está a dormir e irá despertar de novo.

Considera-se que, antes dos três anos, a criança não entende a ideia de morte, preocupando-se apenas com a separação. Nesta fase, ela pode vir a ter saudades ou pena, sem atribuir à morte o seu carácter definitivo. Até aos três anos, a situação de doença e iminência de morte pode implicar limitações no desenvolvimento normal da autonomia. A vivência da doença pode fazer com que as crianças, nessa idade, se tornem apáticas, passivas e apegadas. Dado o egocentrismo característico desta fase, as crianças acreditam que a doença e a hospitalização são situações da sua responsabilidade pessoal.

Neste período, a criança passa a emprestar propriedades de vida aos objectos inanimados, falando com eles, designando-se este comportamento por “animismo psicológico”²⁵.

Entre os três e os cinco anos de idade, a morte não constitui para a criança um factor permanente, mas sim uma situação provisória, uma ausência temporária. A morte é para ela reversível e não provoca reacções afectivas profundas, podendo a criança parecer insensível à perda de um familiar (a não ser que se trate do pai ou mãe). Neste período ocorrem comentários e perguntas sobre o fenómeno, chegando, às vezes, a ser mórbido, o que revela naturalidade e curiosidade. As crianças ainda mantêm pensamentos concretos e são ainda egocêntricas, o que se traduz numa interpretação da vivência da morte como uma punição.

Até à idade dos cinco anos a criança não possui a noção da morte como definitiva, associando-a ao sono ou à separação.

Quando alcança os cinco anos, a criança já fala sobre a imobilidade dos mortos e associa os idosos a um fim mais próximo. Mantêm uma aparente ignorância sobre a morte, evidenciando a aceitação de vida na morte. Isto porque não estabelece ainda a distinção

²⁴ KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 183.

²⁵ LEAMAN, Olivier, «Atitudes das crianças perante a morte». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, p. 142.

entre seres animados e inanimados, no sentido de que, apesar de perceber e identificar seres vivos e seres mortos, não atingiu um grau de compreensão ou elaboração para o reconhecimento da morte. Não a compreende como um processo definitivo e irreversível, referindo-se aos modos como o morto poderá tornar a viver.

Por volta dos seis anos, a criança assume uma nova consciência da morte, apresentando claras reacções afectivas diante da ideia de falecimento. Relaciona frequentemente as situações de doença, morte, hospitalização e violência. Já se comove com temas que envolvem a questão da morte, mas, curiosamente, ainda não acredita que também morrerá.

Aos sete anos, a criança desenvolve a capacidade de julgar e compreender a relação causa e efeito, podendo avaliar as consequências desse facto. Nesta idade a criança concebe a morte como um “esqueleto, um homem que vem buscar as pessoas”. Vemos, desta forma, que a criança atribui a morte a uma intervenção externa.

Progressivamente, a noção de morte na criança elabora-se e, aos oito anos, é compreendida como um acontecimento irreversível. É tida como uma punição, em vez de algo natural, pois a criança já desenvolveu a sensação de culpa e passa a atribuí-la a si mesma. Interessa-se pelo além da morte, e não aceita a perda de uma pessoa querida.

Aos nove anos, a morte acontece a todos e não é necessariamente induzida. Constitui um processo biológico permanente. Assim, a criança a partir desta idade apela para a biologia para entender a morte, para a falta de movimentos, de respiração, de pulso e temperatura. Esta passa a ter ocorrência universal e rege-se por leis naturais. Constitui um fenómeno inevitável, irreversível e universal, que provoca na criança reacções de angústia e luto.

A partir dos dez anos, a criança desenvolve explicações amplas, gerais, essenciais e lógicas sobre a morte, reconhecendo-a como parte integrante da vida corporal. A oposição entre vida e morte torna-se mais radical.

Vemos como as reacções de uma criança à morte de outra pessoa, principalmente os pais, são variadas e derivam de uma interligação entre vários factores, nomeadamente a idade, o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo, e a proximidade emocional em relação ao progenitor falecido e ao progenitor sobrevivente. Regra geral, a figura de

vinculação mais decisiva é a mãe, mas sabemos hoje que o pai também pode desempenhar um papel central no vínculo com o filho, havendo situações onde este chega a desempenhar um papel mais determinante que a própria mãe.

Face à perda de um progenitor, a criança procurará reinvestir noutra figura de vinculação, mas sem deixar de tecer “um conjunto de memórias, sentimentos e acções, com base na reconstrução de uma imagem ou na ‘representação interna’ do progenitor falecido, o que lhe permite manter algum tipo de relação com ele. Em vez de cortar com a sua ligação ao progenitor, a criança renegocia o significado da perda”²⁶.

Quanto ao papel dos adultos, estes deverão dizer sempre a verdade à criança sobre o sucedido, evitando eufemismos do género: “o pai foi fazer uma longa viagem”, “o avô está a dormir para sempre” ou “a mãe foi para o Céu ou com Jesus”.

Na primeira situação supracitada, a criança poderá aguardar a vinda do pai para algum acontecimento importante, como o seu aniversário, e depois protestar porque o pai não apareceu.

Na segunda, a criança poderá deduzir que dormir constitui uma actividade perigosa, pelo que tentará evitar o sono com receio de não poder acordar depois.

Na terceira, poderá associar Jesus com a igreja, da forma mais impensável. Uma menina que fora acompanhada pela mãe à igreja, encheu-se de terror, acreditando que aquele era o lugar para onde a avó tinha ido, tendo adquirido dois medos: “um era de que a igreja estivesse cheia de gente morta, e o outro, de que qualquer pessoa que lá entrasse nunca mais de lá saísse. Estava aterrorizada, pensando que se a sua mãe fosse à igreja morreria, e que elas nunca mais se veriam de novo”²⁷. Poderá, assim, associar Deus a uma figura “má”, que rouba as pessoas “boas”.

Nestas situações, Deus deverá ser apresentado como “aquele que ama tanto as pessoas, que lhes dará para sempre um enorme colo de ternura e um consolo, que mais ninguém lhes poderá dar. Ela poderá então viver na plenitude desse amor”²⁸.

²⁶ DESPELDER, L.; STRICKLAND, A., «Morte dos progenitores». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, pp. 363-364.

²⁷ MARKHAM, Ursula, *Luto. Esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora, 2000, p. 66.

²⁸ Cf. BISCAIA, Jorge, «(Con)viver com a morte». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 11 (2010), p. 213.

Bowlby precisa que a criança deverá receber duas informações cruciais: “primeiro, que o morto não voltará nunca; e, segundo, que o seu corpo está enterrado no chão ou foi incinerado”²⁹. A exclusão das crianças da notícia ou da participação nos ritos fúnebres pode favorecer interpretações erróneas sobre o conceito de morte e criar ainda maior ansiedade. A fantasia da criança poderá ser mais traumática e perigosa do que a visão de um cadáver³⁰.

Pode ser angustiante saber que o pai morreu de determinada doença ou que a mãe foi atropelada por um carro. Mas a verdade, expressa com amor, reforça a ideia de que o pai ou a mãe não optaram por se ir embora, e que morreram de uma forma que não afecta a maioria das pessoas, de modo que a possibilidade de tal acontecer ao progenitor sobrevivente é diminuta.

Sobre o sentimento de culpa importa salientar que as crianças vivem a perda como um castigo com responsabilidade pessoal, sendo necessário reasssegurar-lhes que a morte é independente do seu bom ou mau comportamento. A interiorização da culpa é experimentada como “uma rejeição deliberada, levando a criança a formar uma imagem de si mesma como indigna, que não merece amor e que é justo rejeitá-la”³¹.

Os filhos tendem a esconder os seus estados de alma, se percebem que os pais preferem o silêncio ao diálogo. Estes deverão comunicar a verdade de uma forma simples e directa, favorecendo, nos filhos, a expressão das emoções.

Quando tal não aconteceu de forma satisfatória, provocando, por exemplo, enurese e terrores nocturnos, a intervenção terapêutica deverá incidir na aproximação à realidade que foi escondida. Escrever uma carta à pessoa falecida e levá-la ao cemitério poderá ser uma boa opção, bem como servir-se das fotografias para verbalizar as memórias, sem, contudo, ceder à tentação de transformar a casa num relicário.

Sobre o choro, podemos afirmar que constitui uma das reacções mais típicas a uma perda. No luto, o caminho para encontrar a paz está banhado de lágrimas. Pangrazzi

²⁹ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 2004³, p. 310.

³⁰ Cf. BERMEJO, José Carlos, *Estoy en duelo*. Madrid: PPC, 2010⁷, p. 130.

³¹ MARKHAM, Ursula, *Luto. Esclarecendo suas dúvidas*, p. 65.

recolhe uma história sobre a capacidade intuitiva de uma criança partilhar o pesar de outrem:

“Uma menina tinha voltado para casa, depois de ter estado a velar o corpo de uma vizinha amiga, que falecera. O pai perguntou-lhe:

- O que foste lá fazer?
- Fui consolar a mãe da minha amiga – respondeu a pequena.
- E o que fizeste para a consolar? – prosseguiu o pai.
- Sentei-me no seu colo e chorei com ela”³².

Nos nossos dias, os desenhos animados e jogos de computador nem sempre favorecem a integração do processo de luto nas crianças, caso de *Tom & Jerry* e *Beep Beep*, que passam o tempo a perder a vida e a “ressuscitar”, provocando uma percepção da morte distorcida da realidade. Para além disso, na ficção animada, regra geral são sempre os “maus” que morrem, de modo que ninguém fica realmente infeliz, ao contrário da realidade.

Outros filmes, pelo contrário, revelam maior sentido da realidade, como os da Disney, que abordam a temática da criança órfã, caso de *A Branca de Neve*, do *Rei Leão* ou *À procura de Nemo*³³, mostrando que a morte não é reversível.

Os adultos, por sua vez, devem adaptar-se à linguagem da criança, na hora de elucidar sobre a perda sofrida, socorrendo-se para tal do recurso à fábula, do uso de imagens da natureza (flor murcha, passarinho morto³⁴), da brincadeira e do desenho. Compete aos adultos fornecer às crianças modelos positivos, para crescer e enfrentar as crises da vida, apelando à participação activa e natural no processo de luto³⁵.

³² PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 151.

³³ Como figura principal do filme, surge “um peixinho que perdeu a mãe, mesmo antes de ele ter nascido. *Nemo* nasce com uma barbatana mais pequena do que a outra, que acaba por nunca crescer. Para a psicóloga [Teresa Andrade] ‘isso simboliza a perda da mãe’. Que, embora não impeça *Nemo* de continuar a viver, vai acompanhá-lo para o resto dos dias. É o que acontece à criança, quando lhe morre alguém querido”. PADRÃO, Isaltina, «Desenhos animados iludem morte». In: *Diário de Notícias*. Lisboa: 18 Janeiro 2004, pp. 18-19.

³⁴ Ursula Markham, psicóloga, recorda que a morte de um animal de estimação pode ser tão triste como a morte de uma pessoa. A criança ama incondicionalmente tanto um animal como uma pessoa, devendo-se oferecer a oportunidade para a criança dizer adeus. Deve-se respeitar o tempo para a criança fazer o luto, verificando quando estará preparada para cuidar de outro animal de estimação e amá-lo. Cf. MARKHAM, Ursula, *Luto. Esclarecendo suas dúvidas*, pp. 70-71.

³⁵ Cf. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, pp. 111-112, 118.

Quanto às reacções à perda sofrida, estas poderão comportar manifestações tão diversas como tristeza pelo sucedido, raiva pelo abandono, sentimento de culpa por ter causado a morte, medo que o outro progenitor também a deixe, regressão a estádios anteriores de desenvolvimento, isolamento social e insucesso escolar.

O luto na criança, por morte dos pais, desencadeia a procura de um novo investimento de vinculação num modelo parental substituto. Se estes falharem, “por perdas sucessivas decorrentes de morte ou outro tipo de separação física, a criança não interioriza a sensação de segurança física e psíquica, que as pessoas próximas conferem, normalizando a solidão emocional e o desafecto como elementos naturais de vida. Está provado que jovens e adultos psicopatas não alcançaram a vinculação durante a sua infância”³⁶.

Por outro lado, a perda do pai ou da mãe, durante a formação e consolidação da personalidade, na adolescência e início da idade adulta, poderá suscitar grande insegurança no seu envolvimento com o meio social, sobretudo, na capacidade do envolvimento conjugal sólido e duradouro³⁷.

Observou-se que a tendência em proteger a criança dos ritos fúnebres e do luto, omitindo e dissociando a morte da vida, poderá ter sérias consequências em fases tardias do desenvolvimento. “Estudos conduzidos com adultos confirmam que perturbações mentais, como as psicoses, as depressões, as esquizofrenias foram muitas vezes provocadas por lutos na infância. As perdas prematuras podem gerar problemas na elaboração da identidade afectiva e sexual e, por vezes, estar na origem de um crescente número de suicídios na idade adulta”³⁸.

Carlos Bermejo assinala que, quando acontece uma morte na família, surge um fenómeno muito comum: “as crianças são separadas do ambiente familiar de imediato, sendo levadas para outro lado, para que ‘não presenciem a dor nem se angustiem’, enquanto os adultos se entregam ao seu pesar, abdicando de consolar as crianças”³⁹.

³⁶ REBELO, José Eduardo, «Viver o luto: a morte dos próximos (pais e filhos)». In: *O Fim da Vida. Actas das Segundas Jornadas de Bioética: Funchal 2007*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia/UCP, 2007, p. 165.

³⁷ Cf. REBELO, José Eduardo, «Viver o luto: a morte dos próximos (pais e filhos)», pp. 165-166.

³⁸ PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 108.

³⁹ Cf. BERMEJO, José Carlos, *Estoy en duelo*, p. 126.

No filme sobre o escritor C.S. Lewis, *Shadowlands* (Terra das Sombras), uma das cenas mais comovedoras acontece quando Lewis, sofrendo com a morte da mulher, se aproxima do filho após o funeral. Este diz-lhe que rezara pela mãe, mas que a oração não sortira o efeito desejado. Lewis, abraçando o filho, responde com as lágrimas, deitando por terra todas as explicações que dera sobre o sentido da dor e do sofrimento, nas suas conferências.

As crianças devem participar nos ritos fúnebres, se o desejarem, depois de uma explicação prévia sobre o que irá acontecer ou quem irão encontrar⁴⁰. Devem ser incentivadas a colaborar nalgum gesto (acender uma vela, colocar uma flor, oferecer um desenho, recitar uma oração), que ajude a admitir a perda e a aceitá-la como parte da vida, pois enquanto os adultos interiorizam os sentimentos, as crianças expressam-no mediante os comportamentos.

Nos rituais do luto envolvendo crianças, dever-se-á evitar que as mesmas presenciem os momentos mais dramáticos de estertor – no caso do moribundo – e do choro gritado dos adultos, bem como a possibilidade de ver a pessoa querida fechada numa caixa que já se encerrou, ou num jazigo que a criança não conhece, provocando-lhe uma grande incompreensão.

Bowlby considera que, em condições favoráveis, a criança poderá viver o processo de luto de uma forma idêntica ao luto sadio do adulto (excepto na forma), desde que se observem três requisitos: que a criança “tenha mantido um relacionamento razoavelmente seguro com os seus pais, antes da perda; (...) que receba informações imediatas e seguras sobre o que aconteceu, que possa fazer qualquer pergunta e receber respostas tão sinceras quanto possível, e que participe do pesar familiar, inclusive dos ritos fúnebres praticados, e que tenha a presença confortadora do progenitor sobrevivente, ou, se isso não for possível,

⁴⁰ O psicólogo Bob Deits sugere dois colóquios modelo, com valor preventivo. Um acerca do conceito de morte: “Quando alguém morre, significa que o seu corpo já não funciona. O seu coração pára de bater e já não funciona. Não precisa de comer ou de dormir. Nunca tem demasiado frio ou demasiado calor. Nada o magoa. Não precisa do seu corpo, e isso significa que não o voltaremos a ver”. Outro sobre a natural curiosidade da criança em querer tocar no corpo do falecido, podendo fazê-lo, desde que o manifeste e seja preparada para tal: “Podes tocar no/a (nome de quem morreu) se quiseres. Contudo, agora que o seu corpo já não trabalha mais, senti-lo-ás de forma diferente. Em vez de estar quente e macio, estará frio e rígido. Não magoarás o/a (nome de quem morreu) se lhe tocares e não serás magoado/a”. DEITS, Bob, *A Vida depois da Perda*. Mem Martins: Vida Editores, 2001, pp. 153, 155.

de um substituto conhecido no qual tenha confiança, e uma certeza de que essa relação continuará”⁴¹.

Quanto aos adolescentes, apesar da sua maior capacidade de abstracção no que se refere à irreversibilidade e universalidade da morte, tendem a considerá-la como algo distante e improvável, graças à menor visibilidade da mesma, e à sensação pessoal de imortalidade e invencibilidade. A perda de um dos progenitores (ou de ambos) desencadeará uma previsível perturbação no adolescente, ao exigir uma redefinição dos seus papéis e expectativas, em contraste com o seu natural desejo de emancipação⁴².

A expressão do luto nos adolescentes reveste-se de formas mais complexas. Estes procuram evitar o estigma e a diferenciação, fundindo-se com um grupo, ocultando e silenciando o seu pesar, cultivando um sentimento de invulnerabilidade. Manifestam a sua condolência reivindicando as coisas e possibilidades que tinham antes e que já não têm e, sobretudo, através de uma negação adaptativa, procurando dosear e controlar as emoções, mediante o silêncio e o isolamento⁴³, face à dificuldade em lidar com a dimensão avassaladora da dor que os ultrapassa.

2.2. A morte de um filho

Os pais esperam que sejam os filhos a sobreviver-lhes, e não o contrário. A própria linguagem peca pela ausência de um vocábulo que traduza a situação dos pais em luto pela morte de um filho, ao contrário da criança que designamos por órfã, face à perda dos pais. Com a morte de um filho, os pais perdem o sentido da vida e deparam-se com uma situação, quase sempre insólita e inimaginável⁴⁴.

⁴¹ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 315.

⁴² Cf. CLARK, Valerie, «Adolescência». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 8.

⁴³ Cf. GEA, Alfons, *Acompañando en la pérdida*. Madrid: San Pablo, 2007, pp. 130-132.

⁴⁴ Ao contrário das culturas milenárias e dos povos menos desenvolvidos. Neste caso, “as mortes infantis conduzem apenas a rituais breves e o pesar é quase imediatamente finalizado. Isto poderá ser compreensível à luz das elevadas taxas de mortalidade infantil, que obrigam os pais a suporem que nem todos os estados de gravidez possam ser frutíferos e que alguns dos seus bebés poderão morrer”. YOUNG, B.; PAPADATOU, D., «Infância, morte e luto através das culturas». In: PARKES, C.; LAUNGANI, P.; YOUNG, B., *Morte e Luto através das Culturas*. Lisboa: Climepsi, 2003, p. 224.

O luto nos pais, provocado pela morte dos filhos, desperta neles fortes sentimentos de raiva, culpa e censura, sendo a morte vivida como uma falha na sua capacidade de proteger e dar a vida, sobretudo em casos de morte súbita, como num acidente ou suicídio, devendo os pais ser acolhidos na sua necessidade de exteriorizar as emoções associadas ao luto.

Estes sentimentos de culpa e abandono podem ser esmagadores⁴⁵, podendo permanecer pela vida inteira e originar separações e divórcios nos casais que passam por esta experiência, afectando de modo definitivo a unidade familiar. Esta dor intensa pode contribuir para a destruição do casal ou, nalguns casos, para a sua maior coesão. Regra geral, o sofrimento dos pais pela morte de um filho, independentemente da sua idade, é mais intenso e prolongado, permanecendo para toda a vida, sem que este luto se manifeste necessariamente de uma forma perturbada.

Contudo, pela particularidade do vínculo materno, as mães revelam geralmente um luto mais expressivo. Esta “filiação do coração”⁴⁶ – no dizer de Jorge Biscaia – encontra-se bem expressa por Christian Bobin, ao afirmar que as mães “vêm o filho viver, mas nunca crescer. Vêm o filho na eternidade da sua idade, nunca vêm a passagem de uma idade a outra (...); pois se o filho cresceu, o coração delas não envelheceu, ardendo como nas primeiras dores do parto (...)”⁴⁷.

Se se verifica forte agressividade ou raiva, expressas no luto pela morte dos filhos, isso reflecte a intensidade da agressão ou perda sofridas. Tratando-se de uma reacção normal de reequilíbrio em situações adversas, poderá, contudo, perturbar a relação familiar ao dirigir-se, em geral, contra as pessoas mais próximas, pois “o marido ou a esposa vive exactamente o mesmo conflito, não se encontrando disponível para acolher a nossa perturbação”⁴⁸. Nos pais separados, esta responsabilização recíproca pela perda torna-se ainda mais intensa e conflituosa.

⁴⁵ José Eduardo Rebelo, que sofreu a perda da mulher e das filhas, descreve deste modo a sua experiência: “Quando os nossos sentimentos, o nosso recanto emocional mais íntimo, assumem a consciência da irreversibilidade da perda de uma criança, entranha-se em nós um grito de dor profundo. Sentimos que um pedaço do nosso corpo nos foi arrancado”. REBELO, José Eduardo, *Desatar o nó do luto*. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2006², p. 124.

⁴⁶ BISCAIA, Jorge, *Ao encontro da ternura*, p. 85.

⁴⁷ BOBIN, Christian, *Um Deus à flor da terra*. Lisboa: Difel, 1993, pp. 31-32.

⁴⁸ REBELO, José Eduardo, *Desatar o nó do luto*, p. 130.

Por vezes, os pais compensam a severidade da perda com um maior desejo de intimidade e proximidade. Os pais deverão compreender que esta atitude se insere numa reacção normal nestas circunstâncias, devendo evitar sentimentos de culpabilização⁴⁹, quando tal ocorre no período de luto pela perda de um filho.

Worden afirma que, para muitos pais que perderam um filho, a realidade da perda manifesta-se na ambivalência entre acreditar e não acreditar. Por um lado, os pais sabem que o filho partiu, mas, por outro lado, não querem acreditar nisso⁵⁰.

A tentação de uma gravidez subsequente pode surgir, por parte das mães mais jovens, como compensação ou substituição do filho perdido, bloqueando o normal processo do luto.

Numa situação em que a gravidez surge, sem que os pais tenham interiorizado a morte de um outro filho, podem depois vir a debater-se com outros problemas, que irão interferir na sua ligação afectiva ao novo bebé. Alguns pais chegam mesmo a lutar defensivamente contra o desejo de se ligarem afectivamente ao novo bebé, que vai nascer. Mas nenhum filho substitui outro, e não é justo que um bebé chegue a um mundo que está em luto, a um mundo de pais fechados sobre si próprios e virados para o espectro do passado.

Em situações extremas, os pais dão à criança o nome do irmão falecido, projectando sobre este a identidade e expectativas do irmão. No caso de haver um irmão sobrevivente, a tentação de este mascarar o luto poderá suceder, quer no aspecto físico quer no aspecto psicológico⁵¹, seja pelo uso das mesmas roupas ou corte de cabelo, seja pela valorização e reforço dos comportamentos e atitudes associados ao irmão falecido.

Esta atitude provoca efeitos devastadores nas crianças, pois “sem nunca lhes ser permitida uma identidade própria, cresceram sabendo que aos olhos dos pais eram apenas réplicas inadequadas de seus irmãos mortos. Além disso, como os originais haviam morrido, os filhos substitutos supunham, confiantemente, que também morreriam. E,

⁴⁹ Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto. Um Manual para o Profissional de Saúde Mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998², p. 143.

⁵⁰ Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 141.

⁵¹ Cf. REBELO, José Eduardo, *Desatar o nó do luto*, p. 134.

enquanto isso não acontecia, mostravam-se perpetuamente angustiados e atemorizados, como os pais, de todas as doenças e riscos, e fortemente dependentes deles”⁵².

Acima de tudo, no caso dos pais pensarem numa nova gravidez, é necessário, no superior interesse da criança, que os pais concedam tempo para a elaboração sadia do luto, procurando adquirir uma certa estabilidade mental e emocional.

Quanto ao caso dos irmãos da criança falecida, com frequência são negligenciados após a morte. Considera-se, por vezes, que as crianças são demasiado pequenas para compreender a realidade da morte. Os pais, vivendo uma situação traumática, também não conseguem, muitas vezes, ajudar do modo mais eficaz os outros filhos⁵³. No início do luto tendem a concentrar em si a pouca energia disponível, devido ao forte desgaste físico e emocional, não se sentindo habilitados para ajudar quem quer que seja. Depois, desperta um acentuado instinto protector, que quase asfixia a vida dos restantes filhos.

Consideraremos agora a especificidade de alguns lutos, como os provocados por aborto espontâneo, por aborto provocado, distinguindo, neste caso o terapêutico daquele que foi feito por outras razões e, ainda, o luto por morte à nascença.

O *aborto espontâneo* tem uma significativa taxa de incidência, sobretudo nos primeiros três meses de gravidez, tendo como causa mais comum os defeitos congénitos. Ocorrendo numa fase mais tardia, após uma maior vinculação, potenciada pela ecografia, desencadeia maiores manifestações de luto no casal. A singularidade deste luto deve-se ao facto de não existirem algumas das provas habituais da existência do bebé, como uma fotografia ou peça de roupa.

A sociedade tende a desvalorizar a maternidade interrompida, não se apercebendo de que a gravidez pressupõe todo um projecto de vida que se desmoronou em silêncio, sempre que se verifica um aborto espontâneo. O silenciar deste luto pode provocar muita solidão, depressão profunda, isolamento, pânico, receio de gravidez futura, baixa auto-estima, perda do sentido da vida e auto-censura⁵⁴, particularmente quando a gravidez foi adiada, privilegiando a carreira profissional.

⁵² BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 184.

⁵³ Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 141.

⁵⁴ Cf. PONTES, Maria Manuela, *Maternidade Interrompida. O Drama da Perda Gestacional*. São Paulo: Ágora, 2009 e, da mesma autora, *Pacto de Silêncio. Maternidades Fugazes*. Porto: Papiro, 2008. A autora é

Estudos recentes demonstraram que pegar no bebé e dar-lhe um nome, reconhecê-lo como existente, ao invés de diluir a sua memória, constitui um passo decisivo na elaboração do luto. Esta perda é de natureza pessoal, isto é, socialmente não reconhecida, abrangendo não apenas a perda do bebé, mas também todas as expectativas criadas, sem esquecer a perda do estatuto de pai e mãe⁵⁵.

No que se refere ao *aborto provocado* (IVG), atendendo à complexidade de cada situação, recordamos que os sentimentos de pesar são proporcionais à vinculação. Sabemos que as pressões ou incentivos políticos, sociais e familiares não respeitam a dignidade da pessoa humana, e sobretudo o superior interesse da vida nascente. Assim, é muito frequente encontrar pais com sentimentos de culpa⁵⁶, e outros, configurando um quadro reactivo característico do luto, após a execução do aborto.

No que se refere ao designado *aborto “terapêutico”*, no caso de malformações congénitas, os pais deveriam ser informados da possibilidade de levar a gravidez até ao fim, desde que tal não prejudique a saúde da mãe.

Isabelle de Mézerac testemunha a heroicidade deste procedimento, em França, descrevendo desta forma a sua perplexidade, face à “benigna” sugestão médica da interrupção voluntária da gravidez: “Então, afinal, era apenas uma gravidez para nada, que se podia interromper como se nada se tivesse passado? (...) Se não havia outra saída para aquele bebé, então eu queria ir o mais longe possível na minha relação com ele”. (...) Eu chorava por estar à espera de um bebé demasiado deficiente para viver e, para aliviar o meu sofrimento, propunham-me eliminá-lo!”⁵⁷

De facto, uma mulher grávida já vive como mãe ainda antes do primeiro exame pré-natal. Guiada pela via do amor, Isabelle de Mézerac não cedeu à tentação da razão, permitindo, desta forma, valorizar o tempo com a plenitude conferida pela vinculação⁵⁸:

fundadora e presidente da Associação «Artémis», sediada em Braga, que apoia mães em luto, por perda gestacional.

⁵⁵ Cf. HOWARTH, Glennys, «Aborto espontâneo». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 3.

⁵⁶ Cf. GARCIA, Sara Martín, *Eu abortei. Testemunhos Reais de Abortos Provocados*. Estoril: Principia, 2007. Este livro reúne o testemunho de mulheres que abortaram e de outras pessoas que com elas pactuaram nessa decisão. Foi editado, inicialmente, pela «Associação de Vítimas do Aborto», em Espanha. Em Portugal, a Associação «Vinhas de Raquel», cuida e acompanha as pessoas em luto, por aborto provocado.

⁵⁷ ISABELLE DE MÉZERAC, *Um Filho para a Eternidade*. Estoril: Principia, 2006, pp. 33, 37, 47.

⁵⁸ Cf. ISABELLE DE MÉZERAC, *Um Filho para a Eternidade*, p. 61ss.

seja o tempo da vida intra-uterina, potenciada pela visualização ecográfica e pelo toque afectivo na barriga da mãe, seja o tempo após o nascimento, que permitiu que o bebé fosse baptizado, fotografado e pegado ao colo pelos pais e irmãos, valorizando os preciosos setenta e dois minutos de vida.

Após a morte, a autora recorda que a possibilidade de se despedir do filho, apertando-o nos braços, ajudou a apaziguar a dor do colo vazio, conferindo “à sua ausência um pouco mais de consistência”, precisando que “o sofrimento não se mede pela duração da vida, mas pela intensidade do amor que nela habitou”⁵⁹.

O tempo vivido e consentido, como exigência de humanidade, permitiu – nas palavras da autora – “ir o mais longe possível no relacionamento com aquele que ia morrer, mesmo tratando-se de uma criança que ainda não tinha nascido, deu-nos tempo para darmos tudo, dizermos tudo, e permitiu-nos partir em pleno para a vida”⁶⁰.

Para além destes aspectos, juridicamente, e ao invés da IVG, o nascimento conferiu à criança o estatuto de pessoa, cujo nascimento e óbito ficam registados na cédula familiar. Desta forma, “só a aliança entre a ciência e a consciência permite salvaguardar a liberdade da mãe, a sua dignidade e a do seu filho”⁶¹.

Outra situação frequente refere-se aos *bebés prematuros* envolvidos pela tecnologia das incubadoras. Por vezes, as mães hesitam, numa fase inicial, em aproximar-se do bebé, num claro instinto de defesa, pois sabem que o bebé poderá não sobreviver⁶². Quando tal se torna possível, os pais deverão ser estimulados a interagir com o filho, praticando, por exemplo, a denominada “técnica do canguru”, consistindo esta em aconchegar a criança junto ao peito e rosto maternos, potenciando a vinculação recíproca, com claros benefícios para o sistema imunitário do bebé.

Na ocorrência da morte nestes bebés, é muito positivo que os pais tenham a possibilidade de proceder aos rituais de despedida, religiosos ou não, a fim de interiorizar a perda real do filho e contribuir para a sadia elaboração do luto.

⁵⁹ ISABELLE DE MÉZERAC, *Um Filho para a Eternidade*, pp. 67, 69.

⁶⁰ ISABELLE DE MÉZERAC, *Um Filho para a Eternidade*, pp. 81-82.

⁶¹ ISABELLE DE MÉZERAC, *Um Filho para a Eternidade*, p. 108.

⁶² Cf. DUQUE, Marta, in BAPTISTA, Inês de Barros, *Morrer é só não ser visto. Falar do luto de coração aberto*. Lisboa: Planeta, 2009, pp. 54, 60.

Na eminência da *morte à nascença*, ao contrário de algumas práticas hospitalares, deve-se providenciar tempo e espaço para os pais reconhecerem a criança e despedirem-se dela. Eles “devem ter permissão de visitar o bebé doente, de participar nos cuidados dispensados ao mesmo e estar junto dele, quando morre. Depois de morto, devem ser estimulados a vê-lo, tocá-lo e segurá-lo. O bebé deve ter um enterro simples, um túmulo e, se possível, um nome. Sem isso, os pais enfrentam um não acontecimento e não têm a quem chorar”⁶³.

Recordamos ainda que o luto dos pais poderá revestir-se de um novo significado, quando existe a possibilidade da doação de órgãos. Susana perdeu o seu filho de sete meses, num acidente automóvel, em Sevilha, tendo consentido no transplante de órgãos⁶⁴. Este gesto solidário permitiu que outras três crianças tivessem uma segunda oportunidade na vida.

Reflectindo sobre o alcance deste gesto, esta mãe afirma que “depois de uma morte há vida. De uma forma ou de outra. (...) Eu estou feliz, apesar da dor que ainda subsiste. Mas alegra-me saber que outras pessoas continuam a viver”⁶⁵, que a morte não foi em vão.

No caso das crianças com doenças fatais, o processo de luto inicia-se no momento em que o diagnóstico é comunicado aos pais. Um pai, a cuja filha de doze anos fora diagnosticada uma doença oncológica, referiu que esta “morreu quando ainda estava viva”⁶⁶, desenvolvendo, neste caso, o designado luto “antecipado”, que abordaremos no capítulo seguinte.

Por fim, recorro alguns elementos determinantes dos pais em luto, a partir, sobretudo, do livro *Sem ti, Inês*, de Ana Granja⁶⁷, relatando em tempo real, com a lucidez da emoção, o processo de luto ao longo do primeiro ano.

⁶³ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 136.

⁶⁴ Actualmente em Portugal, ao contrário de Espanha, qualquer cidadão é potencial dador de órgãos, a não ser que tenha manifestado em vida uma posição formal contrária a tal procedimento. O transplante de órgãos obedece a três requisitos fundamentais: morrer numa Unidade de Cuidados Intensivos, que a morte seja encefálica e o doador não seja portador de nenhuma doença transmissível.

⁶⁵ HERRERA, Susana, *Lágrimas de vida*. Salamanca: Sígueme, 2006, p. 121.

⁶⁶ BELLO, Pedro, in BAPTISTA, Inês de Barros, *Morrer é só não ser visto*, p. 92.

⁶⁷ Ana Granja é Licenciada em Filosofia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto. É professora do Ensino Secundário em Águas Santas, na Maia. Tendo perdido a sua filha Inês, com quinze anos, tem-se dedicado ao estudo da temática do luto, estando a preparar a tese de Doutoramento sobre o papel da escola em relação aos alunos enlutados.

Uma das constantes mais comuns desse luto prende-se com o carácter indizível do sofrimento, sendo este proporcional à vinculação. Escreve a referida autora: “sentimos então que o amor que se tem por um filho é incomparável a qualquer outro, porque é incondicional e assustadoramente crescente. (...) Quando perdemos um filho, defrontamo-nos com a mais cruel das exigências emocionais: desfazer este vínculo ainda em construção”⁶⁸.

São atingidos, também, o equilíbrio familiar e a rede de amizades, sendo necessário, por vezes, o apoio externo de uma pessoa ou grupo que saibam escutar e acompanhar, aprendendo a gerir as emoções e evitando mais perdas adicionais. Quanto aos amigos, perdem-se uns e ganham-se outros: “quando penso melhor, não sei quem está mais desajustado: se somos nós, mergulhados numa dor perfeitamente legítima, ou se são os outros, incapazes de lidar com a intensidade do nosso sofrimento”⁶⁹.

Neste naufrágio e escuridão da alma, o silêncio partilhado pode ser mais reconfortante do que qualquer palavra, constituindo uma prova de fogo para os amigos, pois “a capacidade de lidar com o sofrimento de uma pessoa em luto, na maior parte das pessoas, esgota-se até à missa de 7º dia”⁷⁰. Denuncia, desta forma, uma certa pressão social, ostracismo e indiferença, no sentido de ocultar e concluir o luto, como se para tal existisse um prazo predeterminado.

Quanto à fortaleza no sofrimento, a autora refere que uma “mãe em luto precisa de ser forte, não para fugir ao sofrimento, mas para se entregar a ele de corpo e alma”⁷¹. Por isso, testemunha que “a toma de antidepressivos durante o período do luto pode ser prejudicial, porque mascara os seus sintomas e impede a natural vivência das emoções que o caracterizam. Quando estamos em luto, não estamos a sofrer de uma depressão; estamos profundamente tristes e temos razões para tal. (...) Sensível ao que li e ouvi sobre o tema, quis viver o luto em pleno, sem qualquer intervenção farmacológica que camuflasse os seus sintomas ou os impedisse de emergir com a sua natural intensidade”⁷².

⁶⁸ GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*. Alfragide: Caderno, 2010, pp. 39-40.

⁶⁹ GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*, p. 149.

⁷⁰ GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*, p. 104.

⁷¹ GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*, p. 97.

⁷² GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*, p. 71.

As mães sentem, de uma forma particular, como que uma amputação psicológica, pois ficam privadas do filho, que era objecto do seu cuidado e protecção. Ao contrário das mães que, mais tarde, poderão reinvestir o seu afecto maternal nos filhos sobreviventes ou num futuro filho, naquelas onde tal não se torna possível, os efeitos são mais devastadores.

Apresenta-se como um factor de angústia muito comum, o “carácter impiedoso do calendário”⁷³ quando, pela primeira vez, se aproximam as datas significativas, sendo estas dolorosamente antecipadas, como o dia de aniversário, o dia da Mãe, o Natal e outras.

Quanto às reacções do luto, sendo o choro a mais comum, estas não devem ser impedidas com conselhos absurdos, pois, no dizer de Clara Rodrigues, “chorar por um filho é um acto de amor” (...); mas as minhas lágrimas não conseguem eliminar o meu sorriso, e o meu sorriso nunca secará as minhas lágrimas”⁷⁴.

No início, os pais procuram cultivar a presença física, deixando o quarto intacto, visitando o cemitério ou os lugares associados à vida do filho. Mas, com o tempo, a maioria acaba por redescobrir a “presença” do filho, de uma forma mais interior e espiritual.

Rita Ferro diz que “a morte de um filho é um parto ao contrário. (...) É um filho que regressa ao útero, para lá permanecer para sempre. Ou seja: uma criança que vive mais connosco do que se estivesse viva”. De tal forma que “se a morte, a verdadeira morte, é o esquecimento, então os vossos filhos não morreram. Nunca estiveram tão vivos, tão próximos, tão *dentro* de vós”⁷⁵. A integração saudável da perda acontece, quando esta presença espiritual do filho que partiu permite o retomar de um diálogo sem palavras, idêntico à comunhão vivida na vinculação intra-uterina.

Na perda de um filho, depois da prostração desoladora, pode surgir um tempo de materna doçura pelo reencontro com o filho; não o filho do passado, mas o filho do

⁷³ GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*, p. 95.

⁷⁴ RODRIGUES, Clara, «O que Perdi... o que Espero». In: AA.VV., *Na Curva do Caminho. Testemunhos de País*. Sintra: A Nossa Âncora, 2005, pp. 123, 139.

⁷⁵ SANTOS, Joaquim, *Estrelas que voam para os Céus. Aceitar os desígnios de Deus*. Leiria: Inforletra, 2007, p. 5.

futuro⁷⁶. Importa deixar partir para encontrar, na certeza de que “nada se perde, tudo se transforma”, a partir do olhar interior da esperança.

Afirma a sabedoria popular que “quem muito luta, muito ama”. Ana Granja escreveu: “Eu era uma mãe em luta; agora sou uma mãe em luto”, para depois afirmar que “os outros que amamos e que nos amam merecem que lutemos pela vida”⁷⁷. E a luta prossegue na capacidade de continuar a amar para além da morte, na eternidade do amor.

Na procura de significado pela perda sofrida, outra porta que se abre é a maior sensibilidade à dor dos outros. Emília Pires, fundadora da Associação «A Nossa Âncora – Apoio a Pais em Luto» refere-se a esta qualidade: “Nesta grande família que somos todos nós, os que viram partir os seus filhos, poderemos aprender que a vida é uma faísca que cada um de nós poderá transformar numa chama ardente, que nunca mais se apaga. Dar e amar são os únicos combustíveis que aumentam a intensidade dessa chama. Tudo aquilo que não se der, perde-se”⁷⁸.

Nos nossos dias a morte de uma criança tornou-se num acontecimento mais raro⁷⁹. Graças à melhoria das condições de vida, ao menor número de filhos e à menor probabilidade de morte nas crianças, tendemos a estar menos preparados para aceitar a morte de uma criança.

2.3. A morte do cônjuge

Para aferir da intensidade do luto pela morte do cônjuge, convém recordar que a identidade do casal se forma a partir da partilha recíproca de emoções, sentimentos, valores, opções e cumplicidades, pois cada um existe em relação ao outro, formando como que uma nova unidade no ser, no falar e agir.

Jorge Biscaia refere-se a esta realidade com a designação de “pessoa conjugal”, sendo esta “um outro eu, que é cada um de nós, mas que pelo amor, discernimento e

⁷⁶ Cf. MENDONÇA, Nélcio, «O regresso do filho». In: *Diário de Bordo* (Dezembro 2009), p. 4. Boletim da Associação «A Nossa Âncora – Apoio a Pais em Luto».

⁷⁷ GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*, pp. 43, 56.

⁷⁸ PIRES, Emília, «O bailado dos sentimentos». In: AA.VV., *Na Curva do Caminho*, p. 28.

⁷⁹ Contudo, em Portugal, a cada ano, perdem a vida cerca de 5000 pessoas, dos 0 aos 30 anos, vítimas de acidentes de estrada.

vontade vai sendo um só. Os dois deixaram de ser separados, porque vão apreendendo o pensamento do outro na descentração em que cada um colabora. Uma preocupação transformada num serviço pelo bem maior dos outros, quer nas suas alegrias quer nas suas dores”⁸⁰.

Graças ao alcance e singularidade desta vinculação simétrica, a crise da viuvez é sentida como um despojamento não só do cônjuge, mas da própria identidade daquele que lhe sobrevive. O enviuvamento apresenta-se, assim, como “perda e despojamento de posição, papéis, presença, segurança e de identidade profunda de esposa ou de esposo”⁸¹, com a correspondente necessidade de superar os antigos padrões de pensamento, sentimento e acção.

A retoma de um novo equilíbrio processa-se através da elaboração do luto, passando este por fases sucessivas que vão da descrença à aceitação. Durante este tempo (sem tempo definido)⁸², podem ocorrer algumas percepções auditivas, visuais e oníricas (através dos sonhos). Os viúvos poderão ouvir a voz do cônjuge falecido, ver a sua silhueta e sonhar com o mesmo, mas, quase sempre, em referência ao passado, dado que a vivência de toda uma vida ficou como que registada e presente na consciência profunda de cada viúvo ou viúva.

Estas “alucinações” sensoriais, se passageiras, são normais nos cônjuges enlutados. Como normal é o choque, a tristeza, a raiva, a culpa, a ansiedade, o medo, a fadiga e a solidão. Quanto aos comportamentos específicos, poderíamos identificar os distúrbios do sono e do apetite, o esquecimento, o isolamento social, o choro, o chamar pela pessoa e o procurar ou evitar tudo aquilo que recorde a vida do falecido, como determinadas lembranças, lugares e objectos.

⁸⁰ BISCAIA, Jorge, *Quando a dor é um convite*. Coimbra: Gráfica, 2010, p. 105. O autor, num registo autobiográfico, precisa a densidade da pessoa conjugal ao afirmar: “Mesmo sem falarmos antes, sabíamos a resposta do outro, como se os pensamentos fossem sempre comuns. (...) As nossas partilhas queriam expressar por palavras diferentes os mesmos pensamentos, sentidos em uníssono. Na realidade, talvez não fôssemos já dois, mas uma nova pessoa”. BISCAIA, Jorge, *Quando a dor é um convite*, p. 113.

⁸¹ GAMEIRO, Aires, *Novos horizontes da viuvez*. Lisboa: Paulistas, 1988, p. 108. O autor recorda ainda que a língua inglesa reserva duas palavras para expressar o luto: *grief* e *bereavement*, significando a primeira o luto e, a segunda, a perda e o despojamento associados a esta condição.

⁸² Eduardo Rebelo precisa: “Há que abrir espaço ao coração e deixar que seja ele a determinar a marcha com que progrediremos até à extinção do pesar”. REBELO, José Eduardo, *Amor, luto e solidão*, p. 143.

Estas características não são indício de doença mental, mas fazem parte do normal processo de luto. Contudo, se as mesmas persistirem e se agudizarem, gerando depressão crónica, incapacidade de prestar atenção e concentrar-se, agitação ou apatia prolongados, perda do sono e do apetite (perda de peso), então, haverá necessidade de um eficaz acompanhamento médico, a fim de prevenir os comportamentos de risco e autodestruição, associados ao luto patológico, de que trataremos no terceiro capítulo.

A viuvez pode ser entendida como um risco e uma oportunidade⁸³. Oportunidade, na medida em que pode despertar novas potencialidades latentes na pessoa viúva, face à necessidade de assumir novos papéis, seja na burocracia social (impostos, bancos, seguros) ou nas lides domésticas; um risco, na medida em que provoca o confronto com os seus limites, podendo gerar depressão crónica, sinalizada pela recusa da ajuda prestada, pela inactividade e irresponsabilidade perante a vida e as suas exigências.

De tudo o que dissemos, importa salientar que o carácter específico de cada luto varia de acordo com os factores determinantes na reacção à perda, como o género, o grau de vinculação, o tipo de morte, a personalidade do enlutado, o apoio disponível e a aceitação social.

Quanto às *diferenças de género*⁸⁴, na experiência da viuvez, os homens tendem a retomar uma nova ligação emocional em maior número do que as mulheres, e num período de tempo mais curto. Um número apreciável de mulheres não considera a possibilidade de uma nova ligação, seja por desinteresse, ausência de oportunidades ou pressão social. A atitude mais ponderada da mulher poderá ainda compreender-se, devido à presença compensadora dos filhos e/ou netos, ao seu maior grau de exigência ou à consideração dos eventuais insucessos.

As mulheres em luto apresentam maior sofrimento do que os homens e tendem a expressá-lo de forma mais desinibida, enquanto aqueles tendem a ocultar as manifestações de pesar e a recusar a ajuda oferecida. Estatisticamente, estes têm uma maior taxa de incidência de ataque cardíaco⁸⁵, o que parece apontar no sentido de uma somatização do pesar inibido.

⁸³ Cf. GAMEIRO, Aires, *Novos horizontes da viuvez*, p. 105ss.

⁸⁴ Cf. REBELO, José Eduardo, *Amor, luto e solidão*, p. 129ss.

⁸⁵ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*. S. Paulo: Summus, 1998, p. 152.

Sobre o *grau de vinculação* importa recordar que este não é uniforme ao longo do tempo, nem vivido de igual forma por parte dos dois cônjuges. Assim, a intensidade deste factor é proporcional ao nível de afeição e segurança proporcionados pela vida conjugal.

Quanto ao *tipo de morte*, sabemos que as mortes repentinas e violentas, como as provocadas por suicídio, assassínio, acidentes de tráfico e desastres naturais, são altamente susceptíveis de desencadear um risco para a saúde mental. O suicídio remete para a incapacidade de cuidar da pessoa amada, gerando sentimentos de autocensura e estigmatização social, enquanto, no caso do assassínio, a raiva é dirigida contra o homicida.

Se o enlutado presenciou a morte, este poderá desencadear lembranças dolorosas ou pesadelos, podendo alguns dos sintomas integrar os distúrbios do Stress Pós-traumático⁸⁶, interferindo este com o trabalho do luto. Nestas circunstâncias, a correcta elaboração do luto, passará por estimular a recordação do falecido, no período anterior à morte, sem que este esteja associado à violência do acidente ou desastre. Por contraste, as mortes naturais geralmente não comportam luto perturbado.

No caso de morte por doença prolongada, o enlutado participa do chamado luto antecipado, tendo dificuldade, por ocasião da morte, em interiorizar a real perda do cônjuge. O terapeuta ou conselheiro deverá favorecer a comunicação autêntica, verbal e não-verbal, no sentido de prevenir o luto antecipado por parte do cônjuge sobrevivente.

Sobre a *personalidade do enlutado*, sabemos que a livre expressão das emoções facilita a elaboração do luto, enquanto o recalçamento das mesmas compromete o evoluir saudável do processo. A baixa auto-estima poderá também predispor para o luto patológico.

Quanto ao *apoio disponível*, sabemos que a presença de uma pessoa que compreenda o enlutado, estabelecendo uma relação empática, não resolverá a situação, mas evitará que ele fique bloqueado no seu sofrimento. Os grupos de inter-ajuda no luto poderão contribuir neste esforço de caminhar ao lado de quem já passou por uma situação idêntica.

⁸⁶ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 160.

Finalmente, a *aceitação social*, mediante determinados rituais, ajudará o enlutado a expressar publicamente os seus sentimentos de pesar e luto, ao invés de os remeter para a esfera privada. As mães viúvas poderão ainda ocultar a expressão do luto, devido à premência das tarefas laborais e domésticas, tentando proteger os filhos da exposição do seu pesar.

Recordemos ainda que não existe um percurso linear para o luto. Existem muitos lutos, porque atingem pessoas diferentes, com papéis diferentes e percursos distintos. Desta forma, importa respeitar a expressão, sempre singular, da dor de cada um, pois não existem soluções universais, de efeito imediato.

3. Síntese conclusiva

Com base nos dados da etologia e dos estudos de John Bowlby, vimos como as reacções de perda e luto são comuns a todos os animais sociais, particularmente nos primatas, geneticamente mais próximos dos seres humanos.

Depois, partindo da relação de apego, na infância, e da resposta de pesar face à ausência da mãe, vimos como o luto e a separação desencadeiam expressões de pesar em qualquer etapa do ciclo vital, constituindo a perda dos pais (na infância), dos filhos e do cônjuge as três situações de maior relevância na experiência humana.

A criança órfã tende a reinvestir o afecto noutra objecto de vinculação. O luto dos pais é o mais severo e prolongado, mas o luto pela perda do cônjuge é o que provoca maior solidão. A livre expressão do sofrimento, na família e na sociedade, favorece a resolução sadia do luto.

II. O LUTO NORMAL E SUAS FASES

De uma forma subjectiva, mas não menos verdadeira, ninguém morre sozinho. Com ele ou ela morrem também “um pouco” todos aqueles que estavam ligados àquele/a que partiu e esta morte subjectiva processa-se muito lentamente dentro de cada pessoa que lhe sobrevive.

O conceito de luto envolve a “perda decorrente do desaparecimento físico mais ou menos súbito do objecto de vinculação e o dispêndio de tempo necessário para a sua assimilação psicológica”⁸⁷. Este arco temporal que permeia o luto, desde a eclosão à sua resolução, evolui por avanços e recuos, podendo ser caracterizado, na sua essência, por quatro fases: choque, negação e busca da figura perdida, desorganização e reorganização emocional.

Estas fases apresentam-se como pontos de referência que permitem seguir a evolução de um luto. A forma como cada uma se desenvolve depende da natureza e da gravidade do luto, assim como da identidade e do papel da pessoa perdida, da idade e sexo da pessoa enlutada, das causas e circunstâncias da morte, das circunstâncias sociais e psicológicas que afectaram a pessoa enlutada e, sobretudo, da personalidade da pessoa enlutada⁸⁸, a sua capacidade de estabelecer novas vinculações e de reagir perante situações de stress.

1. Choque emocional

O choque emocional da perda “visa a protecção da pessoa em luto, face ao estado agudo de sofrimento emocional e físico. Muito embora exista uma percepção racional da perda, há um tempo em que os níveis de vinculação em relação ao ente querido são tão elevados que deturpam a própria realidade”⁸⁹.

Este choque ou torpor caracteriza-se por uma espécie de paralisia da emotividade e das faculdades da percepção. Sobretudo na ocasião em que é recebida a notícia, a pessoa

⁸⁷ REBELO, José Eduardo, «Viver o luto: a morte dos próximos (pais e filhos)», p. 157s.

⁸⁸ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, 195 ss.

⁸⁹ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 161.

fica como que anestesiada, incapaz de assimilar toda a reacção emocional da perda. Esta quase suspensão da sensibilidade permite levar a cabo a execução dos procedimentos burocráticos inerentes aos rituais de despedida, como a organização do velório e do funeral, podendo persistir durante umas horas ou até ao espaço de uma semana.

As reacções, face ao conhecimento da perda, variam de pessoa para pessoa. Poderá registar-se o choro ou gritos de aflição, de forma pungente e inconsolável; absoluta incredulidade em relação à morte, negando a ocorrência da mesma e explorando a possibilidade de um engano; pânico que decorre da súbita tomada de consciência; raiva contra a pessoa perdida e uma serenidade aparente que poderá irromper numa intensa explosão emocional⁹⁰. Ao nível da fisiologia, podem registar-se zumbidos nos ouvidos, como resposta somática para não escutar; visão nublada, para não ver; sensação de frio e paralisia interior; sensação de grande peso físico; riso incontrolável na sequência de uma tragédia e alucinações que levam a acreditar na presença da pessoa falecida⁹¹. A par destas reacções possíveis, a pessoa enlutada poderá continuar a desempenhar as tarefas quotidianas, mas de forma automática, como que “desligada” da realidade.

Poderão ocorrer ainda dois mecanismos de defesa: a “mumificação” ou a negação do significado da perda⁹². Quanto ao primeiro, a pessoa conserva todos os objectos de uso pessoal do falecido, dispostos a serem usados quando a pessoa regressar. É comum nos primeiros tempos, mas crónico se se mantém durante anos. Na segunda situação, a pessoa minimiza o significado da perda sofrida (“Não era bom pai”, “não éramos próximos...”), fazendo desaparecer todo e qualquer vestígio que faça recordar a pessoa falecida. O velório deverá actuar como contributo para a elaboração da perda.

2. Negação e busca da figura perdida

Nesta fase, o enlutado transita da anestesia emocional para uma maior consciência da realidade da perda. Incapaz de a aceitar na sua totalidade, desenvolve estratégias de

⁹⁰ Cf. REBELO, José Eduardo, *Amor, luto e solidão*, p. 87.

⁹¹ Cf. MONBOURQUETTE, Jean, *Crescer: amar, perder e crescer. A arte de transformar uma perda em ganho*. Lisboa: Paulinas, 2006, pp. 43-44.

⁹² Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, pp. 23-25.

negação⁹³, como o esquecimento do acontecimento da morte; incineração feita à pressa, prescindindo dos rituais de despedida; tentativa de fuga a tudo o que possa evocar a morte: hospitais, cemitérios, médicos, padres; manter-se ocupado ou preocupado para não pensar no luto; recordação constante da pessoa através de fotografias; conservação do quarto intacto; abuso de medicamentos, de álcool e drogas.

Contudo, a forma de negação mais extrema e prejudicial surge mediante o impulso de imitar a pessoa morta ou de encontrar um substituto para a mesma através de outra pessoa ainda viva, como o caso do filho mais velho que se sente obrigado a substituir o pai falecido ou o viúvo que se precipita para um novo casamento, impossibilitando o percurso sadio do luto.

Outra forma de negação é o recurso aos pretensos “contactos” com o além, através da magia ou de rituais mediúnicos. Das pesquisas efectuadas concluiu-se que estes pretensos “encontros”, para além de mascararem a realidade da perda, na generalidade não surtiam os efeitos desejados. O desejo permanente deste “reencontro” com a pessoa falecida não é normal.

Desta forma, a negação insinua-se como reacção de resistência à perda sofrida, tentando retardar a tomada de consciência da realidade (“Não posso acreditar”, “Não é verdade”). Partindo da terminologia de Bowlby, a negação constitui a fase de ligação entre a perda e a plena consciência da mesma, é um tempo de ida e volta entre o apego e a separação.

Interiorizada a negação, a pessoa em luto inicia a procura⁹⁴ da figura perdida, acompanhada por um elevado sofrimento psicológico e uma grande agitação física, caracterizada pela aceleração da linguagem e da acção, pela movimentação contínua,

⁹³ Cf. MONBOURQUETTE, Jean, *Crescer: amar, perder e crescer*, pp. 46-47.

⁹⁴ Parkes recorda que o impulso da procura constitui uma característica comum ao ser humano adulto e a várias espécies de animais sociais e cita Konrad Lorenz, sobre os efeitos da separação de um ganso e sua parceira: “A primeira resposta ao desaparecimento do parceiro consiste na tentativa ansiosa de reencontrá-lo. O ganso movimenta-se incansavelmente, dia e noite, voa grandes distâncias e visita lugares, nos quais o parceiro poderia ser encontrado, emitindo durante todo o tempo o penetrante chamamento trissilábico para longa distância... Estas expedições de busca estendem-se a distâncias cada vez maiores e com frequência o que procura perde-se ou sucumbe num acidente... *todas as características objectivamente observáveis do comportamento do ganso que perde o parceiro são grosseiramente idênticas às do luto humano...*”. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 63. O sublinhado é nosso.

aparentemente sem uma finalidade objectiva (o que se deseja é o encontro com a pessoa perdida), e pela incapacidade de manter padrões normais de actividade⁹⁵.

Esta procura materializa-se através da incorporação de todos os sinais associados à pessoa significativa, como que a tentar resgatá-la a partir dos indícios da sua presença. O enlutado pretende desta forma alimentar a presença ainda “viva” ou recente da pessoa perdida. Fá-lo através de diferentes vias⁹⁶, como as alucinações já referidas, sejam elas de natureza auditiva, visual ou onírica; o “diálogo” constante com aquele que partiu chamando-o, partilhando o quotidiano e pedindo ajuda; a conservação e proximidade com os objectos pessoais do falecido; a localização do seu odor numa peça de vestuário ou na almofada; a escuta da música que apreciava; a visualização das suas fotografias e vídeos; o contacto com os seus amigos ou colegas de trabalho; a visualização dos espaços que evocam a sua presença e a expectativa de algumas datas ou efemérides associadas à pessoa perdida.

Todas estas tentativas de recuperação do objecto de vinculação redundam em decepção, exteriorizadas pela tristeza e pela angústia da irreversibilidade da perda, sendo reactivadas uma e outra vez até à aceitação definitiva do carácter irrevogável da perda.

Dado que a pessoa em luto faz a experiência da insegurança e do desamparo, Colin Parkes⁹⁷ assinala ainda a presença de comportamentos associados à ameaça e à tensão extrema, como o medo, com claros reflexos perceptíveis no sistema fisiológico do enlutado, como o aumento dos batimentos cardíacos, da tensão muscular e da sudação. A este propósito C. S. Lewis recorda no seu diário de luto (*A Grief Observed*): “Nunca ninguém me tinha dito que a dor se assemelhava tanto ao medo. Não que esteja assustado. A mesma ânsia no estômago, o mesmo desassossego, os bocejos. Não paro de engolir em seco”⁹⁸.

⁹⁵ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 70.

⁹⁶ Cf. REBELO, José Eduardo, *Amor, luto e solidão*, p. 89ss.

⁹⁷ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 50ss.

⁹⁸ LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*. Lisboa: Grifo, 1999. p. 7. Depois, Lewis precisa: “A dor continua a assemelhar-se ao medo. Talvez, mais precisamente à ansiedade. Ou à expectativa. Estar simplesmente na expectativa de que alguma coisa aconteça. E isso dá à vida um sentido permanentemente provisório. Não parece que valha a pena começar a fazer seja o que for. Não consigo sossegar. Bocejo, agito-me, fumo de mais. Até isto acontecer, tinha sempre demasiado pouco tempo. Agora não há mais nada senão tempo. Tempo quase puro, um vazio consecutivo”. LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, p. 63.

Outras componentes do luto⁹⁹, observadas por Parkes, são o desenvolvimento de um dispositivo perceptual dirigido à pessoa perdida, ou seja, uma disposição selectiva para perceber e atentar para qualquer estímulo sensorial que sugira a presença da pessoa e, ainda, a atenção dirigida para as áreas do ambiente em que é possível encontrar a pessoa perdida.

À medida que se esgotam os caminhos de busca, cresce a frustração, a irritação e a agressividade generalizadas, em primeiro lugar, contra a pessoa procurada, pelo abandono a que “sujeitou” o enlutado; depois, contra todos aqueles a quem é atribuída uma quota-parte de responsabilidade pela perda sofrida: pessoal médico, políticos, familiares, amigos. Poderá ainda ser canalizada contra o próprio enlutado, numa atitude de auto-culpabilização.

As pessoas próximas tentam encorajar a aceitação da perda, falando de outros assuntos, referindo-se à pessoa perdida no passado, ignorando o pesar do enlutado, convidando-o para convívios sociais e, por vezes, até sugerindo uma nova ligação, sem que a anterior tenha sido concluída. Esta atitude, ao invés de ajudar a pessoa em luto, fá-la mergulhar numa maior solidão e incompreensão do seu pesar. Nestas circunstâncias, a raiva e a agressividade pela perda sofrida poderão ser dirigidas contra aqueles que se opõem à busca do ente querido.

Dentro desta fase é ainda comum que a pessoa em luto alterne entre dois estados de espírito: “De um lado, está a crença de que a morte ocorreu, com a dor e o anseio desesperado que isso acarreta. Do outro, está a descrença de que ela tenha ocorrido, acompanhada da esperança de que tudo ainda venha a estar bem e da premência de buscar e recuperar a pessoa perdida”¹⁰⁰.

Sobre a persistência de um hábito como fonte de frustração, afirma C.S. Lewis: “Penso que estou a começar a compreender por que motivo a dor se sente como expectativa [frustrada]. Isso resulta da frustração de tantos impulsos que se tinham tornado habituais. Pensamento após pensamento, sentimento após sentimento, acção após acção, tudo tinha H. [Helen Joy Davidman] por objecto. Agora o seu alvo desapareceu. Pela força

⁹⁹ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, pp. 68-69.

¹⁰⁰ BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 94.

do hábito, continuo a inserir flechas na corda. Depois lembro-me e tenho de baixar o arco. São tantas as estradas que me encaminham o pensamento para H. Meto por uma delas. Mas agora há uma fronteira inultrapassável que a atravessa. Tantas estradas outrora, agora outros tantos becos sem saída”¹⁰¹.

Segundo Bowlby, alguns padrões do comportamento de apego, como sorrir e agarrar-se, favorecem a manutenção da vinculação, exigindo a presença do objecto. Outros, como chamar e procurar, são actividades do desejo e surgem apenas na ausência do objecto. Desta forma, “se a pessoa amada estiver definitivamente perdida, este comportamento tende a persistir, com o desconforto subjectivo presente nos esforços não terminados”¹⁰².

Esta fase é equiparada, por Bowlby, à etapa de protesto, com valor de sobrevivência, por parte da criança separada. Face à ausência da mãe, a criança chorará e gritará, exigindo a presença da mesma ou de alguém que a encontre. Este padrão de comportamento repete-se na vida adulta, por ocasião de uma perda, com um objectivo idêntico.

3. Desorganização emocional e desespero

Baldados todos os esforços na tentativa de recuperar a pessoa perdida, opera-se a desorganização emocional da perda. Nesta fase a pessoa enlutada experimenta diversas reacções: a nível *físico*, como palpitações, nó na garganta, cefaleias, insónia, fadiga, choro, problemas digestivos, perda da libido e do apetite¹⁰³; a nível *emocional*, como o choque, associado ao pânico, à incredulidade e à rejeição, a irritação, o sentimento de culpa, eliminando a possibilidade de pedir perdão e de se reconciliar, o medo, a tristeza, o vazio

¹⁰¹ LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, pp. 87-88.

¹⁰² PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 79.

¹⁰³ A maioria destas reacções insere-se dentro da normalidade em situações de luto. Contudo, a sua persistência e grau de intensidade poderá determinar um apoio clínico. Há quem afogue a dor do luto no álcool ou nas drogas, nos tranquilizantes ou em actividades desgastantes. A sintomatologia física deve ser acompanhada e curada. Parece existir ainda um maior índice de doenças físicas e mentais que sobrevêm ao luto, bem como um claro aumento da mortalidade. Cf. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 55.

existencial e a depressão¹⁰⁴; a nível *intelectual*, como a dificuldade de concentração e a perda de perspectivas; a nível *espiritual*, como a consciência da própria finitude, o papel de Deus e a busca de sentido; a nível *social*, como o ressentimento, o sentimento de não-pertença e isolamento social.

A magnitude da perda é de tal ordem que o organismo humano parece activar certas barreiras ou resistências, como que a conceder tempo e espaço para a progressiva tomada de consciência da tragédia. Mas, um dia, cedem todas as resistências e a pessoa enlutada sente-se submergir na voracidade das emoções características do luto.

Esta fase, já por si crítica, torna-se mais pungente pelo facto de ocorrer, regra geral, quando os amigos e familiares começam a deixar a pessoa enlutada entregue a si própria, precisamente na hora em que necessitaria de mais apoio, devido à eclosão das emoções e sentimentos de medo, solidão, tristeza, impotência, culpabilidade, dor, cólera e apatia¹⁰⁵.

Nesta fase, a tarefa essencial do enlutado consiste em reconhecer a realidade da perda e permitir o choro e a raiva pela perda sofrida, permitindo que o falecido seja sepultado emocionalmente¹⁰⁶. Desta forma, aumenta o grau de consciência da perda seguindo-se ao descalabro inicial a progressiva abertura ao princípio da realidade.

Esta mudança opera-se de forma gradual, quase imperceptível, até ao dia em que o enlutado consegue “olhar” e falar do ente falecido, sem o sofrimento emocional associado às fases anteriores do luto. Esta ausência de dor emocional, numa fase posterior à perda, indicia uma boa resolução do processo de condolência.

Vemos como a ânsia da procura, ao invés de aproximar, tende a criar mais distância entre o enlutado e seu ente querido, sendo este “devolvido” na medida em que é “sepultado” e deixado partir, com o consentimento do enlutado.

¹⁰⁴ Sobre a depressão, Pangrazzi recorda que “Freud definiu a depressão como ira interiorizada ou revolta contra si mesmo. O indivíduo não é capaz de exteriorizar a sua ira por medo de ser julgado, rejeitado ou abandonado, e acaba por descarregar a sua tensão internamente. A depressão pode ser causada pela recusa da própria situação, pela percepção de ter perdido o controlo sobre a própria vida ou pela falta de gratificação ou de reconhecimento. O deprimido fala pela sua conduta”. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 61.

¹⁰⁵ C.S. Lewis descreve a apatia desta forma: “Abomino o mínimo esforço. Não apenas escrever mas até ler uma carta já é de mais. Até barbear-me”. E ainda: “Não há resposta. Apenas a porta cerrada, a cortina de ferro, o vácuo, o zero absoluto”. Finalmente, apresenta o corpo como “casa vazia”, porque despojada do objecto do seu desejo. LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, pp. 11, 16, 23. O sublinhado é nosso.

¹⁰⁶ Cf. REBELO, José Eduardo, *Amor, luto e solidão*, p. 101.

4. Reorganização emocional e adaptação

Na reorganização emocional, a pessoa enlutada distancia-se emocionalmente em relação à perda sofrida. Aceita a inevitabilidade da morte, inicia-se a extinção da dor e do sofrimento associado à perda, e estabelecem-se novos elementos de vinculação até atingir uma identificação saudável com o falecido. Neste culminar de todo o processo de condolência, podemos entender o luto como o período de tempo vivido após a perda de uma pessoa significativa, “para que todos os momentos belos que com ela partilhámos se transformem em doces e suaves memórias”¹⁰⁷.

A integração saudável da perda permitirá que estas memórias permaneçam na vida do enlutado, sem constituírem motivo de sofrimento, nem interferirem com as possíveis vinculações futuras.

A não resolução sadia das tarefas do luto poderá cristalizar-se na obstinação em *não amar*, ficando o enlutado refém do apego passado, pois “algumas pessoas acham a perda tão dolorosa, que fazem um pacto com elas mesmas de nunca mais amar alguém”¹⁰⁸.

A resolução do luto está associada à progressiva e gradual adopção das tarefas e responsabilidades do ente falecido, com a possibilidade de desenvolvimento de novas competências, com efeitos benéficos na auto-estima do enlutado. Contudo, se este processo não for bem sucedido, poderá desencadear situações de intensa regressão, percebendo-se a pessoa enlutada como desamparada, incapaz e infantil.

A perda de um ente querido afecta inevitavelmente a imagem que o enlutado tem de si próprio e do mundo, colocando em causa hábitos de pensamento e comportamento adquiridos¹⁰⁹. Uma viúva poderá, ao preparar a mesa, aperceber-se que colocou a mesa para dois ou, diante de uma decisão a tomar, inclinar-se para pedir opinião ao marido. De

¹⁰⁷ REBELO, José Eduardo, *Desatar o nó do luto*, p. 56.

¹⁰⁸ WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 30.

¹⁰⁹ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 116. Noutra obra, o autor recorda como encontrou semelhanças no estudo sobre a perda de um membro: “Muitas pessoas amputadas, à semelhança das pessoas enlutadas, tinham dificuldade em acreditar no que havia acontecido. Estavam preocupadas, buscavam o que haviam perdido e, mais surpreendente, tinham uma forte sensação da presença do membro perdido”. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus, 2009, p. 43.

repente, “o «nós» transforma-se em «eu», o «nosso» transforma-se em «meu»; a parceria é dissolvida, e as decisões serão tomadas apenas pelo enlutado”¹¹⁰.

Deste modo, há que permitir uma saudável desconstrução do anterior sentido de identidade, a fim da pessoa enlutada assumir novos papéis e uma nova visão de si e do mundo, procurando enfrentá-lo com uma nova gama de soluções para os problemas da vida quotidiana. Colin Parkes classificou como “Teoria da Transição Psicossocial”¹¹¹ esta mudança interna e gradual, sobre a concepção de si e do mundo.

Com John Bowlby recordamos que chorar e buscar são comportamentos inatos nos bebés, permanecendo como parte da reacção a perdas posteriores. Enquanto a teoria do apego explica a necessidade de chorar e procurar por alguém que se perdeu, a teoria da transição psicossocial explica a necessidade do enlutado alterar a concepção que tem de si e do mundo.

No decurso normal do luto, as pessoas enlutadas tendem a oscilar entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração. A primeira refere-se à busca dolorosa da pessoa perdida, a segunda refere-se à mudança das concepções subjectivas do enlutado. Esta oscilação frequente entre as duas fases é designada por Stroebe e Schut como “Modelo do Processo Dual”¹¹² de luto, permitindo uma progressiva tomada de consciência da perda.

A fim de evitar mudanças drásticas e nocivas na identidade do enlutado, pela perda de uma pessoa querida, o organismo como que “administra” a resposta fisiológica, em doses proporcionais à magnitude da perda sofrida, sendo esta entendida como uma agressão ou ferida, com a conseqüente necessidade de tempo para a “cura”. Assim, “para ganhar tempo, a mente tem os seus próprios recursos para limitar a quantidade de informação desorganizadora”¹¹³.

C.S. Lewis descreve, com uma precisão sismográfica, o Processo Dual na elaboração do luto: “Esta noite, todos os infernos da mágoa mais recente se abriram de novo. As palavras desesperadas, o amargo ressentimento, a ânsia na boca do estômago, o

¹¹⁰ PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 120.

¹¹¹ PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 115.

¹¹² PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 48.

¹¹³ PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 97.

charco das lágrimas. Porque *na dor «nada fica sossegado»*. *Estamos constantemente a emergir de uma fase, mas sempre a recair nela. Movendo-nos em círculo. Tudo a repetir-se*. Irei realmente em círculos ou poderei esperar que se trate de uma espiral?”¹¹⁴.

Mais adiante, o autor volta ao mesmo assunto, socorrendo-se da imagem da descida de um vale sinuoso, precisando que neste processo “há recorrências parciais, mas a sequência não se repete”¹¹⁵.

Como consequência deste processo de oscilação, a pessoa em luto descobre que as concepções subjectivas da vinculação perdida continuam a ter o seu significado na reordenação da vida presente e futura. Desta forma, “o reconhecimento desse vínculo contínuo com o morto é uma das coisas que tornam possível deixar que a pessoa se vá, simplesmente porque sabemos que nunca deixaremos de tê-la aqui”¹¹⁶.

Acerca desta necessidade do psiquismo humano de perder para encontrar, C. S. Lewis refere-se ao dia em que reencontrou a “totalidade” da sua esposa¹¹⁷.

Para além das quatro etapas clássicas do luto, Jean Monbourquette sugere e propõe outras quatro¹¹⁸: a *descoberta do sentido da perda*, com a valorização de novas

¹¹⁴ LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, pp. 105-106. O sublinhado é nosso.

¹¹⁵ LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, p. 109. O autor descreve o vale sinuoso desta forma: “Julguei que poderia descrever um estado, fazer a cartografia da amargura. Porém, acabo por verificar que *a amargura não é um estado, mas um processo*. (...) Há algo de novo para ser registado cada dia. *A dor é como um longo vale, um vale sinuoso onde cada curva pode revelar uma paisagem totalmente nova*. Como também já notei, isso nem em todas as curvas acontece. *Por vezes a surpresa reside no oposto. Surge-nos aos olhos precisamente a mesma espécie de região que julgáramos ter deixado para trás há muitos quilómetros*. É então que nos pomos a pensar se o vale não será um fosso circular. Mas não é. *Há recorrências parciais, mas a sequência não se repete*”. LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, pp. 107-109. O sublinhado é nosso.

¹¹⁶ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 48.

¹¹⁷ Escreve C. S. Lewis: “Algo de totalmente inesperado aconteceu. Foi hoje de manhã cedo. Por vários motivos, em si próprios nada misteriosos, *o meu coração estava mais leve do que alguma vez tinha estado há muitas semanas*. Por um lado, suponho que estou a recuperar fisicamente de uma grande soma de simples exaustão... [e] após dez dias de pesado céu cinzento e de uma morna e imóvel humidade, o sol brilhava e havia uma ligeira brisa. E subitamente, no preciso momento em que menos sofria a perda de H., recordei-a melhor. Na realidade foi algo de (quase) melhor que recordação. Uma impressão instantânea, incontestável. Dizer que *foi como um reencontro* seria ir longe de mais. E no entanto havia ali precisamente o que nos tenta a usar tais palavras. *Foi como se o abrandar da mágoa removesse uma barreira*.”

Porque é que ninguém me falou destas coisas? Quão fácil teria sido julgar injustamente outro homem na mesma situação? Poderia ter dito «Já ultrapassou aquilo. Esqueceu a mulher», quando a verdade seria «Lembra-se dela melhor porque ultrapassou aquilo em parte».

Foi isso que aconteceu. E creio que posso compreender. *Não podemos ver nada distintamente com os olhos cheios de lágrimas. Não conseguimos, na maior parte dos casos, alcançar aquilo que queremos, quando o queremos com demasiado desespero*”. LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*, pp. 82-84. O sublinhado é nosso.

¹¹⁸ Cf. MONBOURQUETTE, Jean, *Crescer: amar, perder e crescer*, pp. 57-64.

competências e/ou a dedicação ao voluntariado social; a *permuta do perdão*, reconhecendo os limites na capacidade de amar, em relação ao falecido, e permitindo a diluição dos sentimentos de culpa e cólera; a *herança*, constituída pela aceitação das qualidades e talentos daquele que se admirava, assumindo, por vezes, o seu trabalho e responsabilidade e, por fim, a *celebração do fim do luto*, procurando substituir a quase desaparecida cor do luto por outros rituais, sobretudo, no âmbito dos grupos de apoio.

5. Síntese conclusiva

Percorrendo todas as etapas do processo de condolência – choque, negação e busca, desorganização e reorganização emocional – procurou-se especificar os aspectos característicos de cada fase, concluindo, que todo este processo não deverá ser adiado, nem retardado, sob pena de desenvolver alguma sintomatologia perturbada do luto.

Referiu-se ainda o Modelo do Processo Dual, segundo o qual a evolução do luto se processa mediante oscilações recorrentes no decorrer da elaboração de luto, num esforço de readaptação do enlutado às sucessivas “perdas” decorrentes do luto.

Conseguir falar da pessoa desaparecida sem dor ou mágoa constitui um indicador de que o luto está resolvido. A dificuldade em atingir este estágio sugere a possibilidade de elaboração de um luto atípico, exigindo este uma abordagem mais cuidada.

III. PRIVATIZAÇÃO DA MORTE E PATOLOGIA

Com o advento da modernidade a mortalidade perdeu o seu carácter familiar e converteu-se paradoxalmente num elemento estranho e incómodo nas sociedades ditas modernas. Tendo por base o estudo de Philippe Ariès¹¹⁹, daremos uma perspectiva da evolução histórica desta temática.

1. A morte pública e “doméstica”

Na Roma antiga proibiam-se o enterramento no interior das cidades, prestando-se culto aos mortos, a fim de estes não regressarem à cidade e perturbarem os vivos. Nesta época, era costume assinalar o local da sepultura com uma inscrição. Com a expansão do Cristianismo perdeu-se esta tradição.

A partir do século V, com o culto dos mártires, os mortos regressam às cidades, com a finalidade de os vivos permanecerem junto dos santos (*ad sanctos*). Deste modo, passam a ser toleradas as sepulturas no interior e à volta das igrejas. A palavra “igreja” designava, na época, não apenas o espaço litúrgico da nave, mas ainda o campanário e o cemitério, referindo-se este à parte exterior da igreja, o adro (*atrium*)¹²⁰. A familiaridade era de tal ordem, que no cemitério/adro se montavam lojas e mercados¹²¹, não existindo o respeito e o silêncio devidos aos mortos nos nossos dias.

Na Idade Média não se valorizava o destino exacto dos mortos, desde que os mesmos pudessem permanecer nas imediações dos altares. Os mais considerados, indicavam no testamento o local desejado para a sepultura, escolhendo os lugares mais próximos do altar, das relíquias ou do Santíssimo Sacramento; outros, por modéstia e humildade, escolhiam o cemitério no adro da igreja, onde geralmente eram sepultados os

¹¹⁹ Cf. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema, 2010.

¹²⁰ Ainda hoje, nalgumas regiões mais isoladas de Espanha, pude observar que existem igrejas que conservam o cemitério localizado precisamente no adro da respectiva igreja.

¹²¹ Ariès precisa que “a coexistência no mesmo local, no cemitério medieval, das inumações e, ao mesmo tempo, das reuniões públicas, feiras ou mercados, danças e jogos mal afamados, indicava que não se dedicava aos mortos o respeito que hoje lhes julgamos devido: vivia-se com eles numa familiaridade, que hoje nos parece quase indecente”. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 145.

mais pobres. Esta prática de sepultar os mortos na igreja ou junto dela correspondia ao desejo de beneficiarem da protecção do santo padroeiro da mesma.

Outro motivo, de âmbito mais prático, para o costume de sepultar os mortos “num lugar, simultaneamente de culto e de passagem, como a igreja, tinha a finalidade de que os vivos se lembrassem deles nas suas orações, e tivessem presente que, tal como eles, se tornariam cinzas. O enterro *ad sanctos* era considerado como um meio pastoral de fazer pensar na morte e de interceder pelos mortos”¹²².

Os mortos eram sepultados envoltos numa mortalha de linho¹²³, excepto em situações de peste ou de guerra. Cada paróquia tinha um caixão, que era emprestado para o transporte do morto até à sepultura, sendo devolvido após os ritos fúnebres¹²⁴. Com a sobrelocação dos terrenos adjacentes às igrejas, procedia-se à recolha dos ossos, sendo estes armazenados nas criptas de cada templo, com a “dupla função de libertar espaço para a realização de mais enterros, e servir de demonstração contínua da finitude da vida”¹²⁵.

Neste período, a morte era precedida de aviso, sendo esta reconhecida através de sinais naturais ou por uma convicção íntima, oferecendo à pessoa a possibilidade de se preparar para uma “boa morte”. Temida era a morte sem possibilidade de arrependimento, quando ela surgia de forma súbita e imprevista.

A morte era aguardada no leito, numa cerimónia pública, sendo esta presidida pelo moribundo, de acordo com um protocolo por todos conhecido. Se ele se enganava ou esquecia, competia aos assistentes, ao médico ou ao padre, velar pela correcta disposição do acto. O quarto do moribundo convertia-se num espaço público, onde todos podiam entrar: familiares, amigos e vizinhos, sendo as crianças um elemento comum. O cerimonial decorria com naturalidade, sem o carácter dramático das emoções exaltadas.

¹²² ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 143.

¹²³ Costume de origem greco-romana. O linho branco era usado na Idade Média, por considerar-se ter sido este o tecido usado no sudário de Jesus, aquando da sua sepultura. O sudário de Turim é testemunha deste procedimento, ainda habitual entre os muçulmanos. Cf. HOWARTH, Glennys, «Mortalha». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 357. Por conhecimento próprio, soube que este costume permanece em vigor, ainda hoje, nos mosteiros da Cartuxa.

¹²⁴ Cf. HOWARTH, Glennys, «Caixões». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 71. Em Portugal, as Confrarias e, sobretudo, as Misericórdias também providenciavam um esquife com esta finalidade social. Cf. ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa. Atitudes e representações 1700-1830*. Lisboa: Notícias, 1997, p. 235.

¹²⁵ STEWART, Sally, «Arquitectura». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 34.

O moribundo iniciava este cerimonial com uma lamentação sobre a vida, recordando de uma forma breve e discreta, os seres e as coisas amadas. Depois, pedia perdão aos companheiros e a quantos o assistiam na morte. Por vezes, fazia-o de uma forma personalizada. Finalmente, depois da oração de contrição, recebia das mãos do sacerdote a absolvição, acompanhada pela recitação de salmos, incenso, unção e aspersão com água benta. Mais tarde, o sacerdote traria também o viático.

Após a morte, a preparação do falecido e o velório na casa do mesmo, iniciava-se o cortejo fúnebre, sendo este constituído exclusivamente por leigos. A partir do século XIII, passou a incluir os carpideiros de toga negra. No século XVI, passaram a integrar estas manifestações públicas de pesar, os padres, os frades das ordens mendicantes e os pobres, inclusive crianças dos hospitais e asilos, envergando uma veste negra e recebendo no fim algum pão e dinheiro. O número destes “profissionais” do luto estava em proporção com o grau de notoriedade e riqueza do defunto.

O autor designa esta morte por “doméstica”, realçando o seu carácter público e familiar, a “coexistência [pacífica] dos vivos e dos mortos”¹²⁶.

A partir do século XII, ressurgem gradualmente as inscrições funerárias e, mais tarde, as efígies. Assim, o homem mais abastado redescobre uma maior consciência de si mesmo e da sua própria morte, através da crescente personalização da sua sepultura.

A nova iconografia mostra o julgamento final, através da separação dos justos e dos condenados, mediante a pesagem das almas, pelo arcanjo São Miguel, e a intercessão da Virgem e de São João, ao lado de um Cristo-juiz. O julgamento decorre de acordo com o balanço entre as boas e más acções, que são separadas, colocadas em cada prato da balança e anotadas no livro da vida (*liber vitae*).

Mas, o Juízo Final encerra-se no último dia do final dos tempos, e não no momento da morte. Nota-se assim a “recusa inveterada de assimilar o fim do ser à dissolução física. Acreditava-se num além da morte, que não ia necessariamente até à eternidade infinita, mas proporcionava um complemento de duração entre a morte e o fim dos tempos”¹²⁷.

¹²⁶ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 26.

¹²⁷ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, pp. 35-36.

Ao longo do século XV e XVI, a “arte de bem morrer” (*ars moriendi*) ditava a supressão do tempo entre a morte e o Juízo Final no fim dos tempos, passando este a ocorrer no leito de morte do moribundo. Cristo é apresentado como árbitro ou testemunha da luta entre o bem e o mal, disputando estes a posse do moribundo. Este é sujeito a uma última prova, vendo num relance toda a sua vida e sendo tentado pelo desespero das suas faltas. A sua atitude poderá ditar, de uma forma irrevogável, a salvação ou a condenação. Desta forma, o cerimonial ritual da morte passou a assumir o carácter dramático de uma interrogação pessoal.

Todos os costumes e atitudes acima referidos eram acompanhados por manifestações de luto. Estas tinham a dupla finalidade de garantir que a família respeitava, por um certo tempo, um desgosto que nem sempre experimentava, e defendia o sobrevivente, sinceramente enlutado, contra os excessos da sua dor. Prescrevia-se-lhe um certo tipo de vida social, como “visitas de parentes, vizinhos, amigos, que lhe eram devidas e, durante as quais o desgosto podia exteriorizar-se sem que, entretanto, a sua expressão ultrapassasse um limite fixado pelas conveniências”¹²⁸.

Mas, no século XVIII e XIX o luto passa a ser manifestado com ostentação, quebrando estes limites, existindo quem chore e desmaie, entre em jejum e morra. O moribundo continua a presidir ao cerimonial da morte no seu leito, mas surge uma nova intolerância em relação à separação, conferindo à expressão das emoções e dos gestos uma exaltação dramática.

A morte temida deixa de ser a própria, mas a do outro, gerando-se uma aceitação mais difícil da morte dos familiares mais próximos, sendo este o sentimento que está na origem do culto moderno dos túmulos e cemitérios. Estes procuram expressar, através da arquitectura e da escultura, a idealização da morte romântica, da morte bela e jovem, associada à lamentação e à saudade.

Enquanto, na iconografia mais antiga, a morte é representada sob a forma de corpos em decomposição ou esqueletos de foice ou ampulheta na mão, com o medo mais pronunciado desta época, deixa-se de representar os mortos de forma tão macabra, sendo

¹²⁸ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 53.

esta prática substituída pela beleza física dos mesmos, até desaparecer no decurso do século XX¹²⁹.

Em meados do século XVIII, a elaboração dos testamentos sofre uma alteração considerável: deixam de ser, sobretudo, um repositório alusivo à fé do moribundo, às suas convicções e pensamentos, para se converterem exclusivamente num acto legal, para a transmissão de uma herança. Esta mudança prende-se com a constituição da família, fundada agora no sentimento e no afecto, passando esta a desempenhar um papel mais activo junto do moribundo, delegando-lhe este a responsabilidade pela execução das prescrições de âmbito religioso.

Na segunda metade do século XVIII, sob a influência do Iluminismo¹³⁰, que preconizava o uso da razão em detrimento da fé, a aglomeração dos mortos nas igrejas passou a tornar-se intolerável. Este costume foi alvo de fortes críticas, seja por motivos de saúde pública, seja pela constante violação da dignidade dos mortos, e pela exibição dos ossários nas igrejas, aquando dos funerais. Desta forma, os cemitérios transitam para os espaços públicos, nos arredores das cidades, sob a tutela dos municípios. Doravante, os familiares passam a visitar o túmulo, como quem visita um familiar na sua própria casa, tendo acesso ao local exacto da sepultura e aos direitos de propriedade sobre a mesma.

Com a expansão das cidades, os cemitérios passaram a integrar a paisagem urbana, favorecendo o culto individual dos túmulos. Procurou-se imortalizar também, através dos monumentos de pedra e de bronze, as figuras dos heróis da nação. Assim, nasce o culto do patriotismo, pois “a sociedade compõe-se, simultaneamente, dos mortos e dos vivos, sendo que os mortos são tão significativos e necessários como os vivos”¹³¹.

Desta forma, o cemitério recuperou um lugar na cidade, que tinha perdido no início da Idade Média, mas que tinha ocupado durante toda a Antiguidade, confirmado pela presença de objectos, inscrições e iconografia nos túmulos. O autor conclui, afirmando:

¹²⁹ Cf. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, pp. 110-111.

¹³⁰ Cf. RUGG, Julie, «Cemitérios». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 97s.

¹³¹ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 56.

“As nossas sepulturas estão vazias, mas os nossos cemitérios tornaram-se eloquentes. É um facto de civilização e de mentalidade muito importante”¹³².

Quanto a Portugal, particularmente na cidade de Lisboa¹³³, durante o século XVIII e inícios do século XIX, a morte e o luto estavam socialmente regulamentadas, desde os ritos no domicílio até ao funeral.

A preparação prévia iniciava-se com a visita do sacerdote ao doente moribundo. Aquele acorria ao domicílio, levando os santos óleos e o Santíssimo Sacramento, sob o pálido, sendo acompanhado pelo mestre-de-cerimónias, os acólitos e o mordomo da confraria do Santíssimo Sacramento, mais seis irmãos revestidos de capas vermelhas e velas na mão. À frente seguia a cruz processional, ladeada por dois círios. Esta manifestação pública de fé era alimentada pela concessão de indulgências para quem acompanhasse o préstito fúnebre na trasladação do Senhor para os enfermos (*pro infirmis*).

Na casa do moribundo, o sacerdote administrava o viático e a extrema-unção, recitava as horas litúrgicas e fazia a recomendação da alma. Tudo em latim, respondendo o povo, com a antífona *Libera eum domine* (Livrai-o, Senhor!), evocando a intercessão da Virgem, dos anjos e dos santos.

Após a morte, o sacerdote regressava à casa do falecido, para acompanhar o cortejo fúnebre até à igreja. Reunia-se à volta do morto, juntamente com os parentes, os vizinhos, as crianças, os confrades e os pobres. Estes em número de doze, representando os doze apóstolos, acompanhavam o cortejo fúnebre, carregavam a urna e recebiam uma esmola por este serviço¹³⁴. Durante o cortejo fúnebre e até à sepultura, o cadáver nunca era encoberto, ficando patente ao público.

Inicialmente, os irmãos das ordens terceiras tinham a prerrogativa de serem revestidos com um hábito religioso. Depois, a partir do século XVI, este costume vulgarizou-se, sendo o burel franciscano o mais disputado. Os defuntos revestidos com o

¹³² ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 57. Muitos cemitérios são o testemunho desta imortalidade, talhada na pedra e no bronze. Permiti-me uma referência particular aos Cemitérios do Alto de S. João e, sobretudo, o dos Prazeres, em Lisboa, implementados em 1833, por ocasião da epidemia de cólera. Constituem um museu a céu aberto, pelos monumentos aos heróis nacionais e pela riqueza da arquitectura, da escultura e da heráldica, apresentando-se com percursos turísticos para visitas guiadas, promovidas pela Câmara Municipal de Lisboa.

¹³³ Cf. ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa*, p. 229ss. Seguirei este estudo.

¹³⁴ Cf. ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa*, p. 183.

hábito religioso traduzem a vivência da morte como iniciação à vida consagrada, usufruindo dos benefícios espirituais associados à respectiva família religiosa.

Em Lisboa, para além dos pobres, integravam o cortejo fúnebre onze crianças, provenientes do Colégio dos Órfãos. Tinham entre dez a catorze anos e envergavam uma vestimenta branca, com uma cruz vermelha ao peito, correia preta e chapéu branco. Colaboravam na recitação dos ofícios e, após a sepultura, entoavam um responso cantado. Deste modo, as crianças “geriam o seu tempo de aprendizagem e formação entre o colégio e o cemitério. A sua presença nos enterros e ofícios fúnebres era demonstrativa de uma precoce e íntima familiaridade com a morte”¹³⁵.

Toda a actividade humana era regida pelo toque dos sinos: “os acontecimentos excepcionais, os perigos e as perdas de vidas humanas irrompiam sonoramente em forma de notícia por toda a comunidade. Todos reconheciam através do toque diferenciado e personalizado do sino a mensagem transmitida”¹³⁶.

O toque do sino configurava-se como um meio de afirmação pública da morte e do luto. O “toque a finados” indicava o género e o estado civil do falecido. O sino tocava na saída da procissão *pro infirmis*, na entrada do cortejo fúnebre na igreja e no fim das exéquias fúnebres. O dia terminava sempre ao toque das Ave Marias, seguido, uma hora depois, pelo toque das almas. Desta forma, toda a população da cidade e do campo, também, era convidada a rezar pelos seus mortos.

Em Portugal, até à revolução de 25 de Abril de 1974, a doença e a morte decorriam no âmbito público e familiar. Antes desta data, na Ilha da Madeira e à semelhança do que acontecia no resto do país, as pessoas vestiam-se de (preto)¹³⁷ luto “carregado” durante um certo tempo, de acordo com o grau de parentesco do falecido¹³⁸; depois surgia o luto

¹³⁵ ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa*, p. 236.

¹³⁶ ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa*, p. 238.

¹³⁷ Inicialmente o preto era utilizado apenas pelos monarcas. Após o século XV, com o rei D. Manuel I, torna-se a cor oficial de luto, passando a ser um elemento chave na exteriorização do luto pela perda de um familiar ou pessoa íntima. Cf. ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa*, p. 239.

¹³⁸ Segundo informações recolhidas junto de familiares, o luto “carregado” era usado durante três meses pelos parentes de terceiro grau (avós, tios, sobrinhos); durante seis meses pelos parentes de segundo grau (irmãos) e durante um ano pelos parentes de primeiro grau (pai, mãe, cônjuge, filhos). Foi referida a particularidade do luto “carregado” ser de uso generalizado no dia de Sexta-feira Santa, na Paixão do Senhor. Neste dia, bem como nos funerais, a cor litúrgica era o preto, sendo substituída depois pelo roxo. Existia a expressão popular que dizia, estás com “cara de sexta-feira santa”, significando esta afirmação que as pessoas deveriam viver este dia com aquela compunção, silêncio e recolhimento característicos das pessoas em luto.

“aliviado”, conjugando o preto com o branco ou o cinzento; as viúvas trajavam de luto, com lenço da mesma cor para toda a vida; tendo os homens a particularidade de usar uma gravata preta ou o fumo¹³⁹ da mesma cor.

Informações recolhidas junto de populares, recordam que durante o luto não se abriam as janelas, não se cozinhava¹⁴⁰ nem ouvia rádio e, naturalmente, o velório era realizado na casa do falecido, com a presença dos familiares, amigos e vizinhos. Nas zonas rurais, antes do funeral, o sacristão ou acólito percorria o povoado, anunciando com uma sineta a realização próxima do funeral.

Em Vale de Figueira¹⁴¹, no Ribatejo, nos finais da década de 80, a “boa morte” ditava que o moribundo repetisse uma série de orações devocionais de cariz popular. A disposição das últimas vontades era recolhida sob a forma de um testamento verbal, sendo o filho mais velho encarregado de providenciar à sua concretização. Tais testamentos referiam-se, regra geral, ao cumprimento de promessas não cumpridas e doações. Estas implicavam os trintários de missas; os olivais oferecidos à igreja, para providenciar ao óleo para o Santíssimo Sacramento (sendo estas árvores “sagradas” marcadas com uma cruz vermelha) e os objectos em ouro e prata, oferecidos à igreja e aos santos da devoção pessoal do moribundo.

Antes do velório procedia-se à limpeza exaustiva da casa, para depois descurar a lida da mesma como manifestação de luto. Retiravam-se do alcance visual os objectos acessórios, como jarros e quadros. Os espelhos e móveis eram cobertos com panos pretos e os relógios ficavam parados, com os ponteiros a marcar a hora em que o moribundo faleceu. A porta ficava aberta para que todos pudessem participar no velório.

O sacerdote, acompanhado do sacristão e dos irmãos da confraria vinham a casa buscar o falecido, em cortejo fúnebre devidamente preparado. As raparigas solteiras iam

¹³⁹ Designa uma “tira de pano preto, usada [no braço] como distintivo de luto”. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora, 1979⁵, p. 683. Também foi referido, por populares, o uso deste adereço fúnebre na aba do chapéu pelos homens e, ainda, no braço de algumas crianças ou adolescentes. Nos nossos dias, mantém-se nas equipas de futebol como expressão colectiva de luto, iniciando-se o jogo com um minuto de silêncio.

¹⁴⁰ Sobretudo, no dia da morte e do funeral, ficando esta tarefa reservada aos vizinhos ou familiares mais distantes, vindos para tomar parte nas cerimónias fúnebres.

¹⁴¹ Cf. CARVALHO, Ana Isabel Basto, «A temática da morte no ensino secundário: perspectivas de abordagem». In: COELHO, António Matias (Dir.), *Atitudes perante a morte*. Coimbra: Livraria Minerva, 1991, pp. 210-232. Seguiremos este artigo.

vestidas como noivas, encontrando-se, ainda, vestígios de um passado pré-cristão, como as moedas colocadas no caixão para comprar a “passagem” para o outro lado do rio da vida.

Homens e mulheres vestiam-se de luto, com a particularidade dos homens deixarem crescer a barba e o cabelo. O viúvo casava mais frequentemente; a mulher, só em caso de necessidade extrema, para providenciar ao sustento de filhos pequenos.

Em Almeirim, as viúvas não participavam no funeral e deviam ficar em casa durante um mês de reclusão, com portas e janelas fechadas, para prantear o marido. Aos homens que carregavam o esquife oferecia-se vinho, ao ponto de alguns desempenharem este ofício a “cair de bêbados”.

Vemos, através da prática do velório, do cortejo fúnebre e do toque dos sinos, que os rituais de luto tinham um carácter público, envolvendo toda a comunidade.

2. A morte oculta e “institucional”

A partir do século XX, assistimos a uma transição na forma de viver a morte que começa por delegar a iniciativa do moribundo à respectiva família. Esta, por sua vez, delega a sua responsabilidade no médico e na equipa hospitalar.

De facto, entre 1930 e 1950, com o desenvolvimento extraordinário das ciências médicas, o lugar da morte (como do nascimento) transita da casa familiar para o hospital. A morte deixa de ser vivida no espaço doméstico, passando a ser objecto de repúdio e vergonha, erigindo-se como o verdadeiro tabu¹⁴² (substituto do sexo) do século XX.

Este carácter oculto da morte manifesta-se na atitude defensiva diante da mesma, quer da parte dos profissionais de saúde e da família quer do próprio moribundo que acaba por pactuar, muitas vezes, com o ambiente ao seu redor.

¹⁴² Ariès ironiza: “Hoje em dia, as crianças são iniciadas desde a mais tenra idade na fisiologia do amor e do nascimento, mas, quando deixam de ver o avô e perguntam porquê, responde-se-lhes, em França, que ele partiu para uma longa viagem, e, em Inglaterra, que ele repousa num belo jardim onde crescem madressilvas. Já não são as crianças que nascem nas couves [ou que vêm no bico da cegonha] mas os mortos que desaparecem entre as flores”. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 182. Citando Gorer, que realizou um inquérito sobre a recusa moderna do luto e seus efeitos traumatizantes, o autor refere-se ao carácter “pornográfico” da morte e do luto, pela interdição do mesmo nos nossos dias. Cf. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, pp. 181-183 e ANDREWS, Ian, «Pornografia da morte». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, pp. 412-413.

Os “técnicos” de saúde, treinados para vencer a doença, parecem não considerar a morte como uma possibilidade, sendo tentados, muitas vezes, a prolongar artificialmente a vida (distanásia), sem qualquer benefício para o doente e sua família. Por vezes, este morre, escondido por detrás de uma cortina, com todo o aparato tecnológico de tubos e agulhas da medicina moderna, mas sem a presença de um rosto que ilumina ou de uma mão que sustenta e acompanha.

No hospital, a morte foi substituída pela doença, sendo aquela relegada para fronteiras inimagináveis. O momento da morte (cerebral) diluiu-se no final de uma longa espera. É também sintomático o facto da família só ser informada da morte próxima, quando o doente já se encontra, frequentemente, num estado de (quase) inconsciência¹⁴³, inviabilizando as últimas palavras e vontades do moribundo, como dos familiares também. Desta forma, o moribundo morre de forma anónima e solitária, privado da sua própria morte.

Philippe Ariès, referindo-se à forma de morrer da actualidade, afirma que nos hospitais e clínicas perdeu-se a comunicação com o moribundo. Este “já não é escutado como um ser racional; é apenas observado como objecto clínico, isolado quando possível, como um mau exemplo, e tratado como uma criança irresponsável cuja palavra não tem sentido nem autoridade. Beneficiou sem dúvida de uma assistência clínica mais eficiente (...). Converteu-se, porém, (...) numa coisa solitária e humilhada”¹⁴⁴.

A família e os amigos procuram poupar o doente ao conhecimento da verdade. Mas, no fundo, embalados pelo mito da felicidade da sociedade contemporânea, procuram defender-se do incómodo da emoção forte, do embaraço da verdade e da vida. A morte “ideal” transforma-se, assim, naquela que não causa constrangimento nem inquietação, que

¹⁴³ Por experiência própria, recordo que nos hospitais, a família, informada pelos clínicos *in extremis* chama o sacerdote para a Unção dos Doentes, na esmagadora maioria dos casos, quando o “moribundo” já não tem a possibilidade de participar, de forma activa e integral, neste sacramento.

¹⁴⁴ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 213. Nos hospitais, ao contrário dos Centros de Saúde que procuram exercer uma medicina de proximidade, “longe da família, longe de algum acto de humanidade, morre-se duplamente de doença e de abandono. Quantas vezes não é o abandono a matar antes da doença?”. O desinvestimento nos idosos hospitalizados é apenas “a consequência de uma desumanização na relação médico-doente, que assenta numa tecnificação da relação”. RAPOSO, João, «O cuidar e o morrer». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 31 (2003), pp. 94, 102.

não ameaça o controlo nem a ordem estabelecida. Deste modo, reprimem-se as emoções, comportando-se a sociedade inteira como o hospital¹⁴⁵.

Esta atitude recente diante do sofrimento e da morte constitui um reflexo da sociedade do bem-estar – que tem o seu expoente máximo na sociedade americana - que não ajuda a conviver com a fragilidade da condição humana. Por vezes, este viver à defesa, implode por ocasião de um grande desastre ou das catástrofes naturais. Então, a proximidade e a solidariedade surgem como por encanto, sendo vividas como se de uma virtude antiga e distante se tratasse.

Detenhamo-nos agora um pouco no estilo de morte americano, sendo este o reflexo e o expoente (quase) máximo das atitudes anteriormente referidas.

Nos Estados Unidos da América, desde os inícios do século XX, as empresas funerárias (*funeral homes*) adquiriram o costume de embalsamar os mortos. Todo o processo dos ritos fúnebres se desenrola do seguinte modo: “embalsamamento do corpo a fim de lhe restituir a aparência de vida, exposição no salão de uma *funeral home*, onde o morto recebe uma última vez a visita dos familiares e amigos, no meio de flores e de música, exéquias solenes, enterramento em cemitérios concebidos como parques, embelezados com monumentos e destinados à edificação moral de visitantes, mais turistas do que peregrinos”¹⁴⁶.

Esta sumptuosidade na morte revela uma clara exploração comercial bem como a perversão do conceito de felicidade. Permito-me uma referência às impressões de um sacerdote português de visita à América em 1939. Tendo visitado uma *funeral home* de um conterrâneo, observou que preparado o corpo “o pessoal que trabalha neste serviço dá-lhe um retoque no rosto de modo que o defunto fique com a fisionomia natural de quando era vivo, parecendo apenas que dorme”. Acerca das urnas luxuosas e caras, anota que “são um ninho de estofos e de sedas, onde o morto é introduzido, ficando apenas com o tórax e a cabeça à vista. *Até dá vontade de morrer!*”¹⁴⁷ ...

¹⁴⁵ Cf. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 207.

¹⁴⁶ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 185.

¹⁴⁷ FREITAS, Alfredo Vieira de, *Impressões de uma viagem à América*. Santa Cruz: Câmara Municipal de Santa Cruz (Madeira), 2009, p. 33. O sublinhado é do autor. Na América, para além da tradicional visita aos cemitérios, no dia 2 de Novembro, Dia dos Fiéis Defuntos, instituiu-se o *Memorial Day*, no dia 31 de Maio, para honrar os heróis da nação. Esta celebração inicia-se com a missa na igreja, seguindo-se a visita aos

Desta forma, perpetua-se a ideia de felicidade, manifestando a recusa implícita da sociedade em admitir e aceitar a morte, procurando impedir a expressão natural do luto. Importa realçar que esta atitude manifestada nos novos ritos funerários, não surgiu simplesmente como imposição das *funeral homes*, mas procurou corresponder ao sentir colectivo da sociedade americana que pareceu pactuar com tal procedimento, reconciliando a morte com a felicidade¹⁴⁸.

Observe-se que esta expulsão da morte do quotidiano, encontrou na América uma resistência paradoxal, preservando o corpo, mas conferindo-lhe a aparência de uma quase-vida, o que denota “a recusa de um afastamento radical da morte, e a repugnância por uma destruição física sem ritos nem solenidade”¹⁴⁹.

Na Inglaterra e no Norte da Europa, pelo contrário, vulgarizou-se a incineração, como forma mais segura de fugir ao culto dos mortos. Esta já não é escolhida como forma de repúdio e desafio às crenças cristãs, mas “supõe muito mais uma preocupação de modernidade, uma afirmação de racionalidade e, finalmente, uma recusa de sobrevivência”¹⁵⁰. Apresentam-se duas razões para a preferência desta prática: é a forma mais radical e eficaz de destruir os corpos, excluindo o culto dos cemitérios e a peregrinação aos túmulos.

Desta forma, assistimos, ao longo do século XX, ao recuo da morte no horizonte humano, tornando-se esta selvagem¹⁵¹, solitária, ignorada e desumana, apesar (ou por causa) do progresso científico alcançado na modernidade.

Permiti-me uma referência à obra precursora de Lev Tolstói (1828-1910), *A Morte de Ivan Iliitch*, publicada em 1886 e encerrando de forma profética, muitos dos elementos da cultura da negação da morte que iriam revelar-se ao longo do século XX.

Após a revelação da doença de Ivan, todos pactuam na farsa e na mentira sobre a morte, procurando enganar-se a si mesmos e ao moribundo. Ivan irrita-se com esta

cemitérios, acompanhada com pompa e circunstância, pelas bandas filarmónicas. Nas comunidades portuguesas colocam-se flores nas sepulturas, enquanto os americanos privilegiam as bandeiras do país. Cf. MENDONÇA, Duarte, *Da Madeira a New Bedford. Um capítulo ignorado da emigração portuguesa nos Estados Unidos da América*. Funchal: DRAC, 2007, pp. 424-426.

¹⁴⁸ Cf. ARIÈS, Philippe, *O homem perante a morte*. T. II, Mem Martins: Europa-América, 1989, p. 373.

¹⁴⁹ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 186.

¹⁵⁰ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 179.

¹⁵¹ Cf. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 207.

ocultação do seu real estado de saúde. Demos a palavra ao narrador: “*O sofrimento principal de Ivan Iliitch residia na mentira – a mentira, por todos reconhecida, de que ele estava apenas doente e não moribundo, de que lhe bastava ficar calmo e tratar-se para que o resultado fosse uma coisa muito boa.* (...) Esta mentira torturava-o, o facto de não admitirem o que já toda a gente e ele próprio sabiam martirizava-o, e a insistência na mentira sobre o seu estado obrigavam-no, também a ele, a participar na mentira”¹⁵². Para Ivan era preferível admitir a existência da morte do que sustentar a mentira indisfarçável.

Na proximidade da morte Ivan resiste e recusa-se a morrer, encontrando-se na origem desta recusa as más opções realizadas na vida, sempre de acordo com as melhores conveniências sociais.

No romance, todos parecem negar a evidência da morte próxima de Ivan Iliitch, salvo o humilde empregado, Guerássim, que não se deixara corromper pelo interesse e pelo dinheiro, dispondo-se a cuidar de Ivan. Fá-lo porque aceitando a doença e a morte compreende os sentimentos e as necessidades do moribundo.

Diz-nos o narrador: “Guerássim era o único que não mentia; via-se, por tudo, que era o único a compreender o que se passava, e não achava necessário escondê-lo, tinha simplesmente pena do seu senhor fraco e mirrado. Um dia até lhe disse de caras: -Todos havemos de morrer. Porque não havia de o servir?”¹⁵³.

Após a recusa inicial, Ivan considera, depois de um ponderado relance autobiográfico, toda a futilidade da vida passada, reconciliando-se e dispondo-se a valorizar, numa crescente densificação do tempo subjectivo, os últimos momentos da sua vida terrena. Depois deste paciente trabalho interior, descobre a luz onde outrora apenas vira trevas, no encontro sereno e vitorioso sobre o medo da morte.

Descobrimos neste romance muitas das características da morte contemporânea, como sejam: a crença desesperada na medicalização e no médico como solução para a doença e a morte; a progressão da mentira, com o efeito da ocultação da morte eminente e,

¹⁵² TOLSTÓI, Lev, *A Morte de Ivan Iliitch*. Lisboa: Relógio D'Água, 2007, pp. 66-67. O sublinhado é nosso.

¹⁵³ Detectamos nesta obra as várias fases do luto nos moribundos, descritas por Kübler-Ross. Referindo-se à necessidade do toque afectivo afirma que “havia momentos em que, depois de um longo período de sofrimento, Ivan Iliitch gostaria muito (...) que alguém tivesse pena dele como de uma criança doente. Apetecia-lhe que o acarinhassem, que o beijassem, que chorassem por ele, como quem acarinha e consola as crianças. Mas como era isso possível com ele, um membro importante do tribunal, com a barba a encanecer? Mas tinha esse desejo”. TOLSTÓI, Lev, *A Morte de Ivan Iliitch*, p. 68.

por fim, a referência à morte suja e abjecta, diante da qual importa manter-se à distância, adivinhando-se, deste modo, a tendência futura para a hospitalização da doença e da morte.

A sociedade portuguesa contemporânea acompanha este processo de mudança no que respeita à hospitalização da morte, à prática da cremação e às diferentes atitudes perante a morte. Servimo-nos do estudo sociológico de Vanessa Cunha¹⁵⁴, para aferir desta dinâmica social em Portugal.

A autora recorda, a partir de Ariès¹⁵⁵, que o processo de mudança decorreu a duas velocidades: mais rápido nos Estados Unidos, Europa do Norte e Inglaterra; mais lento na Europa Central e do Sul. Esta diferença começou a esboçar-se no século XIX, com a nova configuração dos cemitérios: por um lado, a simplicidade dos “cemitérios-jardim”, no Ocidente mais protestante e desenvolvido; por outro lado, a arquitectura requintada dos “cemitérios de pedra”, num Ocidente católico e menos desenvolvido.

Esta linha de ruptura vai intensificar-se no século XX, com a difusão da cremação na Europa do Norte. Esta prática não significa tanto uma ruptura com a tradição cristã (a Igreja Católica aceitou esta prática), mas “um imperativo da *morte-tabu*: transformar o funeral num momento expedito e eficaz de evacuação do cadáver, evitar o posterior culto dos mortos e dar resposta às necessidades contemporâneas de higiene e de economia de espaço urbano”¹⁵⁶.

No que respeita à hospitalização da morte em Portugal, socorrendo-se das estatísticas oficiais (INE)¹⁵⁷ entre 1969 e 1993, indica que em 1969 morriam no domicílio 76,6% da população contra 17,9% no hospital. Já em 1993, estes valores sofrem uma considerável alteração, passando a morte no hospital a representar 47,2% contra 42,6% no domicílio. A inversão do local de morte ocorreu em 1991.

No que se refere ao tempo, a região de Lisboa e Vale do Tejo protagonizou o processo de mudança em 1982. Seguiu-se o Alentejo, em 1983, e o Algarve, em 1984. As regiões autónomas da Madeira e Açores registaram esta mudança apenas em 1987. Em 1993, o Norte e o Centro do país ainda não tinham registado a inversão do local de morte.

¹⁵⁴ Cf. CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte». In: *Sociologia, Problemáticas e Práticas*. 31 (1999), pp. 103-128.

¹⁵⁵ Cf. ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, pp. 58-60.

¹⁵⁶ CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte», p. 104.

¹⁵⁷ Cf. CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante...», pp. 105-106.

Sobre a prática da cremação¹⁵⁸, esta iniciou-se precisamente nas regiões onde as mudanças no sentido da hospitalização foram mais rápidas. Assim, na cidade de Lisboa, o primeiro “cemitério-jardim” iniciou a sua actividade, em Carnide, em 1996; tendo-se iniciado a cremação no Cemitério do Alto de São João, em 1985.

Em 1985, esta percentagem era de 0,8%, subindo para os 16,4%, em 1994. Em 1991, a percentagem de cremações ultrapassou a dos jazigos, numa diferença de 7,8% contra 6,3%. Em 1994, acentuou-se esta tendência para o uso mais frequente da cremação, numa relação de 16,4% para 6,3%. Mas, o recurso à cremação cresceu, sobretudo, à custa da tradicional inumação, decrescendo esta de 93,5% para 84,9%, no conjunto dos cemitérios de Lisboa, e de 90,3% para 76,5%, no cemitério do Alto de São João.

Sobre a evolução das atitudes diante da morte, a autora, partindo de um questionário a pessoas enlutadas na região de Lisboa e Setúbal, reflecte sobre a realidade da morte hospitalizada, o funeral e o luto¹⁵⁹.

Sobre a morte hospitalizada, reconhece que esta tendência reflecte o carácter inóspito da casa para morrer, seja pela indisponibilidade da vida contemporânea seja porque, no hospital, se concentram os profissionais da luta contra a doença e a morte. As entrevistas reflectem a crença militante da medicina, mas também, a crítica aos médicos, pela omissão da verdade. Esta referência surgiu quando “‘bem sucedidas’ intervenções cirúrgicas criaram a ilusão da cura, impossibilitando os familiares de se ‘prepararem’ para a ocorrência da morte”¹⁶⁰.

No que respeita ao funeral, assiste-se à contracção e descaracterização dos rituais fúnebres, por exemplo, na redução do tempo dispensado para o velório, a realização do mesmo na capela do hospital ou, ainda, sem cerimónia religiosa.

Quanto ao luto, identificam-se dois tipos de atitude face à morte: a “morte-desgosto”, referida à perda de um familiar idoso ou vítima de doença prolongada e a “morte-choque”, referida à perda de um familiar de forma repentina e inesperada. Enquanto a primeira, provoca mais alívio e aceitação pelo cessar do sofrimento, referindo-

¹⁵⁸ Cf. CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes...», pp. 107-109.

¹⁵⁹ Cf. CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte», p. 109ss.

¹⁶⁰ CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte», p. 110.

-se, ainda, a culpa pela falta de disponibilidade e abandono; a segunda, provoca revolta e uma dificuldade muito maior na aceitação.

A morte de um filho, criança ou jovem, constitui a experiência mais chocante, pela interrupção de uma vida em plena “primavera”. O impacto desta morte deve-se, em parte, ao carácter excepcional da morte infantil na actualidade, pelo avanço da medicina, e ao novo lugar da criança na família.

A determinante mais regular prende-se com a atitude comum de distanciamento voluntário, nas entrevistadas mais jovens, em relação aos ritos fúnebres, revelando inexperiência, desconhecimento e repugnância. Para estas, “não há lugar para a “morte-desgosto”, apenas e só para a “morte-choque”, pois a sua ocorrência nos círculos mais íntimos é, cada vez até mais tarde, um acontecimento de excepção”¹⁶¹.

Pelo facto de as crianças terem sido constantemente privadas da convivência com a perda de uma pessoa querida, quando tal acontece é motivo de surpresa, negação e revolta. Assim, torna-se revelador o facto da distância em relação aos ritos fúnebres permanecer inalterada, independentemente da idade do familiar e do seu nível de vinculação.

O que para muitos constitui uma experiência importante de reconciliação com a morte (visita ao cemitério para cuidar da campa, rezar ou recordar), para estas jovens afigura-se como “uma conduta vazia de sentido, na medida em que a *negativização* do corpo morto retira-lhe todo o simbolismo apaziguador”¹⁶².

A recusa de certos rituais de luto e a simplificação de outros (como o velório, o cortejo fúnebre, o vestuário negro ou o culto do cemitério) revelam uma menor tolerância social às expressões de luto tradicionais. O pesar e o luto são remetidos para o foro íntimo de cada um, encontrando-se, por vezes, nas redes sociais da Internet um espaço virtual e (quase) anónimo para a manifestação dos sentimentos de perda, sobretudo, nos jovens.

Para finalizar, Ariès identifica uma curva do luto que se inicia de uma forma espontânea e aberta até ao século XIII, seguida de um longo período de ritualização (carpideiras) até ao século XVIII e, ainda no século XIX, a uma exaltação da morte romântica. O autor termina, afirmando: “Hoje, à necessidade milenária do luto, mais ou

¹⁶¹ CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte», p. 116.

¹⁶² CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte», p. 116.

menos espontânea ou imposta, consoante as épocas, sucedeu em meados do século XX a sua interdição. (...) O que era proibido é hoje em dia recomendado. Já não convém exibir o desgosto, nem sequer ter o aspecto de quem o experimenta”¹⁶³.

Desta forma, “chegamos assim ao ponto de nos interrogarmos (...) se uma grande parte da patologia social de hoje não terá a sua fonte na expulsão da morte para fora da vida quotidiana, na interdição do luto e do direito de chorar os seus mortos”¹⁶⁴.

3. Factores de risco no luto

Na base de um luto complicado existem factores de risco, que deverão ser considerados na hora do apoio terapêutico. Sabemos que as situações de instabilidade familiar, geradas pela separação, divórcio, morte ou diagnóstico de doença grave nos progenitores, sendo mal integradas pelos filhos, contribuem para a génese de um luto mal elaborado na idade adulta. Em definitivo, “uma carência de vínculo afectivo e social dificulta um bom desenvolvimento psicológico na criança e pode impedir a aceitação de vivências de perda na idade adulta”¹⁶⁵.

Outros factores de risco, susceptíveis de transformar o luto em doença, deverão ser diagnosticados precocemente, a fim de prevenir a sua ocorrência. Podemos sintetizá-los em quatro grupos: factores de risco pessoais, sociais, o modo de morte e características do vínculo¹⁶⁶.

Os factores de risco *pessoais* prendem-se com antecedentes psicopatológicos, tentativas de suicídio prévias, perda precoce dos pais, lutos anteriores não resolvidos, juventude do falecido, expressão excessiva ou reduzida dos sentimentos e emoções, sentimentos de culpa, baixa tolerância à frustração e ao stress e baixa auto-estima.

¹⁶³ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 176.

¹⁶⁴ ARIÈS, Philippe, *Sobre a História da morte no Ocidente*, p. 183.

¹⁶⁵ ROCAMORA, Alejandro, «El duelo como patología vincular». In: BERMEJO, José Carlos (Dir.), *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. Madrid: San Pablo, 2003, p. 77.

¹⁶⁶ Seguirei de perto o organigrama apresentado por BARBOSA, António, «Luto». In: BARBOSA, António,; NETO, Isabel Galriça (Dir.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética / Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, p. 387.

Bowlby já recordava que a variável mais importante na determinação do luto seria a personalidade da pessoa enlutada¹⁶⁷, especialmente a forma como se organiza o seu comportamento de apego e o modo de reacção adoptado perante situações de stress. Parkes precisará que a vulnerabilidade pessoal, seja dependente ou ambivalente¹⁶⁸, desempenha uma influência considerável na reacção do enlutado à perda.

Quanto aos factores de risco *sociais*, podemos enumerar o baixo nível sócio-económico, a presença de crianças em casa, assuntos pendentes e isolamento social. A família constitui o âmbito social básico e fundamental na determinação do luto, dependendo este do seu grau de coesão e da maior ou menor possibilidade de expressão livre dos sentimentos e emoções associados ao luto.

Enquanto nas famílias funcionais e integradas o luto é “partilhado” de forma aberta, apoiando-se os membros uns nos outros, ao longo deste processo, pelo contrário, nas famílias disfuncionais reprime-se a dor e o sofrimento vividos pela perda, sendo muito frequente a eclosão do luto perturbado, associado à desagregação familiar.

No que concerne ao *tipo de morte*, sublinhamos que a morte súbita ou inesperada, as perdas múltiplas e as mortes violentas, envolvendo a acção humana, no caso do suicídio e assassínio, representam um factor de risco acrescido para a eclosão do luto perturbado, mesmo na ausência de vulnerabilidade pessoal.

A combinação de morte repentina, inesperada, horrível e precoce, com toda a raiva e suspeita associadas, mais o arrastar do processo legal nos tribunais¹⁶⁹, cuja sentença parece banal face à magnitude da perda, concorre para o perpetuar do sofrimento, associado a problemas psicológicos.

O luto por morte súbita, seja por acidente, ataque cardíaco ou homicídio, é de mais difícil resolução, apresentando um determinado padrão de características¹⁷⁰: sensação de irrealidade, forte sensação de culpa, desejo de censura, burocracias médico-legais que impedem o processo de luto, sensação de desamparo e raiva, trabalho não terminado

¹⁶⁷ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 196.

¹⁶⁸ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 169ss.

¹⁶⁹ Worden recorda o testemunho de um pai que perdeu a filha, por homicídio, cujo processo legal tinha sido longo e sem conclusão à vista: “Geralmente quando alguém tem uma morte na família, vive a morte, o luto e lentamente volta à sua vida. Mas com a demora disto, o luto não termina, não se consegue deixar para trás o que aconteceu”. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 119.

¹⁷⁰ Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, pp. 118-120.

(coisas que não foram feitas ou ditas) e a crescente necessidade de compreensão acerca das causas da morte.

Na morte por suicídio o enlutado submerge, não raras vezes, num sentimento de vergonha e culpa, pois este tipo de morte carrega consigo um estigma social, dificultando o luto e contribuindo para um maior isolamento.

O luto é caracterizado por um questionamento constante sobre as reais motivações do suicida, muitas das quais ficarão sem resposta. É comum, ainda, pensar no que poderia ter sido feito para evitar essa morte. Estas pessoas podem experimentar uma sensação de rejeição. É frequente sentirem-se abandonadas por alguém que escolheu morrer, sendo mais vulneráveis a sentimentos e pensamentos suicidas¹⁷¹.

A morte ambígua ou incerta, por não reconhecimento do corpo, nas situações de desaparecimento por naufrágio ou conflito bélico, dificultam a elaboração do luto. Daí a importância de ver e tocar o corpo, numa percepção total, sem administração de sedativos. O confronto com a morte não deverá ser contrariado (nem forçado), de modo a se diminuir a possibilidade de consequências maléficas na resolução do luto.

Uma categoria de luto que causa problemas especiais é o luto não reconhecido socialmente. Este poderá ser apresentado em três modalidades¹⁷²: os *relacionamentos não reconhecidos*, como os vínculos extraconjugais, homossexuais, de ex-cônjuges ou amantes, pais biológicos de crianças adoptadas e os profissionais da saúde ou educação, relativamente aos doentes e alunos; *perdas não reconhecidas*, como as mortes perinatais, abortos, devolução de crianças adoptadas aos pais biológicos, morte de animal de estimação, perda social e psicológica sem morte (Alzheimer) e, ainda, os *enlutados não reconhecidos*, no caso das crianças e dos idosos.

O aconselhamento dispensado, nestas situações, deverá ter em conta a impossibilidade de partilhar a perda com terceiros e os sentimentos de isolamento resultantes da exclusão dos rituais da morte e do pesar, pois “se uma relação não é

¹⁷¹ Sobre este tema cf. PANGRAZZI, Arnaldo, (Dir.), *El suicidio. De la rendición a la lucha por la vida*. Madrid: San Pablo, 2005.

¹⁷² Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 163.

socialmente sancionada, é menos provável que seja reconhecida como importante pelas pessoas ou pela lei”¹⁷³.

No que se refere às *características do vínculo* ou da relação, assinalamos a relação ambivalente (amor-ódio) ou conflitiva e a vinculação dependente ou insegura, que desenvolveremos mais adiante, na tipologia dos lutos.

Aqui recordamos que o desajustamento posterior à morte é proporcional ao papel desempenhado pelo falecido. O caso da morte de uma mãe, por exemplo, com vários filhos, terá consequências mais graves na estabilidade familiar. Por outro lado, a qualidade da relação implicará ou não uma falta de proximidade e convivência¹⁷⁴.

4. Tipologias de luto perturbado

A cristalização do processo de luto é sinalizada pela intensidade e duração do pesar, associada a determinados mecanismos de defesa ou negação que passaremos a identificar no decurso deste capítulo. Sistematizamos as distintas variantes de luto perturbado com a designação de luto antecipado, adiado, crónico e patológico.

Antes, porém, precisemos alguns conceitos. Com a terminologia luto perturbado, complicado, anormal, mal resolvido ou elaborado referimo-nos a designações genéricas para a concepção de luto atípico, reservando a expressão “luto patológico” para as situações de clara patologia. Enquanto as três primeiras – luto antecipado, adiado e crónico – necessitam de algum apoio psicológico, sob pena de poder evoluir para situações patológicas, a última já exige um eficaz acompanhamento psiquiátrico.

4.1. Luto antecipado

Quando uma perda é esperada, a reacção do luto é antecipada, sendo as manifestações posteriores à perda menos intensas. Este luto é normal e ajuda a tomar consciência do significado da perda próxima, dando tempo para a elaboração do pesar e da

¹⁷³ WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 133.

¹⁷⁴ Cf. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, pp. 37-38.

organização da vida quotidiana após a morte, havendo necessidade de eliminar algum sentimento de culpabilidade que daí advenha.

Contudo, com frequência, no caso das doenças terminais, os familiares vivem por antecipação o lamento e o pesar característicos do luto, “quando o doente ainda precisa de esperança, de vida, de afecto partilhado, e a família encara já a sua morte, vivendo um luto antecipado e começando a falar no passado”¹⁷⁵.

Este período de luto antecipado deverá ser vivido como uma oportunidade para expressar e resolver as ambivalências próprias de qualquer relação, tanto a admiração como os desapontamentos, coisas que devem ser ditas antes da pessoa morrer.

Marie de Hennezel, especialista em Cuidados Paliativos, recorda a necessidade de envolver os familiares e amigos no acompanhamento efectivo e afectivo do doente, evitando quer o perigo da negação, quer o do luto antecipado excessivo, pois “socializar a morte contribui para prevenir lutos patológicos, e tudo o que poderá ser feito nesse sentido antes da morte terá consequências [benéficas] a posteriori”¹⁷⁶.

Este cuidado dirige-se naturalmente, também, à pessoa do doente terminal, procurando eliminar neste resquícios de culpabilidade, insegurança afectiva e existencial¹⁷⁷, ajudando o paciente a fazer o seu próprio luto, com lucidez e confiança, na certeza de ser amado para poder partir.

A complexidade deste luto abarca o pesar pelo corpo, diminuído nas suas funções biológicas, nas suas possibilidades físicas e cognitivas; o pesar ainda pela separação das pessoas significativas. Este luto consciente prepara para a partida, mesmo que as lágrimas sejam uma constante, no início.

Sobre este trabalho de luto, Arnaldo Pangrazzi recorda o testemunho de uma doente oncológica: “É como ter entre as mãos uma cebola que deve ser desfolhada: cada folha que se tira provoca lágrimas e você continua a esfregar os olhos depois devido à irritação.

¹⁷⁵ MARIE DE HENNEZEL, «O papel do psicólogo». In: ABIVEN, Maurice, *Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência, 2001, p. 150.

¹⁷⁶ MARIE DE HENNEZEL, «O papel do psicólogo», p. 153.

¹⁷⁷ Elisabeth Kubler-Ross refere que “os pacientes que melhor reagem são aqueles que foram encorajados a extravasar suas raivas, a chorar durante o pesar preparatório, a comunicar seus temores e fantasias a quem puder sentar-se e ouvi-los em silêncio”. KÜLER-ROSS, Elisabeth, *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2000⁸, pp. 123-124. Nesta obra, Kübler Ross sistematizou o luto dos doentes terminais, a partir de entrevistas com os doentes de um hospital em Chicago, em cinco fases: a negação, a ira, a negociação, a depressão e a aceitação.

Quando se atinge o núcleo, pétala após pétala, você chorou tanto que já não tem mais lágrimas para derramar”¹⁷⁸.

Sobre a especificidade deste luto, Colin Parkes afirma que “enquanto o luto que sucede a perda tende a diminuir à medida que aprendemos a viver sem a presença viva da pessoa que amamos, o luto que a precede leva a uma intensificação do vínculo e a uma preocupação maior com a pessoa”¹⁷⁹.

Nas situações de doença de Alzheimer¹⁸⁰, os familiares fazem, de forma progressiva, a experiência do luto antecipado no confronto com uma identidade desaparecida num corpo vivo, não sabendo, muitas vezes, como comportar-se diante deste género especial de perda.

4.2. Luto adiado

O luto adiado processa-se, quando se verifica um adiar do processo de condolência, na medida em que o sofrimento ultrapassa a capacidade de elaboração do sujeito. Deste modo, as expressões de luto são suprimidas e o confronto com pequenos acontecimentos ou objectos, como uma lembrança ou fotografia, podem desencadear reacções intensas e desproporcionadas de luto, mesmo ao fim de alguns anos após a perda.

Bowlby ilustra este comportamento com o caso de uma senhora que “começou a chorar amargamente depois da morte do seu periquito, que pertencera antes à sua mãe. Espantada por ter sofrido tanto, ela compreendeu logo que a perda recente despertara o pesar pela sua mãe, morta já bem idosa alguns anos antes e por quem ela não havia lamentado muito”¹⁸¹.

O adiamento do pesar poderá ser motivado pelo excesso de trabalho e preocupação por ocasião da morte, enamoramento imediato como substituição, gravidez subsequente a morte intra-uterina, aborto espontâneo ou provocado, suicídio... Em todas estas situações

¹⁷⁸ PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 75.

¹⁷⁹ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 12.

¹⁸⁰ Sobre este assunto cf. BERMEJO, José Carlos, *Mi ser querido tiene Alzheimer*. Maliaño: Sal Terrae, 2010.

¹⁸¹ BOWLBY, John, *Apego e Perda. T. III, Perda. Tristeza e Depressão*, pp. 179-178.

não houve reconhecimento real da perda, não existindo, muitas vezes, mecanismos sociais que permitissem validar a consciência da perda sofrida.

Outro motivo que importa considerar é a predisposição psíquica para o luto adiado naquelas pessoas que se consideram auto-suficientes, orgulhosas da sua independência¹⁸², controlando as emoções e considerando as lágrimas como uma fraqueza. Depois da perda, continuam como se nada tivesse acontecido, permanecendo ocupadas e eficientes, numa aparente atitude positiva. Contudo, numa observação mais atenta, revelam-se tensas e irritadiças, evitando referências à perda e rejeitando as condolências, pois o consolo não é desejado nem bem recebido.

Bowlby, referindo-se ao luto retardado¹⁸³, afirma que este manifesta-se por uma ausência mais ou menos prolongada de pesar consciente, continuando o enlutado a organizar a sua vida quase como antes. Esta ausência de pesar poderá ser considerada como uma extensão, patologicamente prolongada, da fase de torpor. Mas, em todas as situações de luto adiado, o paciente acaba por afundar-se, mais cedo ou mais tarde, numa depressão aguda que importa tratar.

O mesmo autor sugere uma explicação para a tendência de uma perda recente reactivar o luto por uma perda anterior¹⁸⁴. Quando uma pessoa perde uma figura à qual se encontra ligada, é natural procurar apoio numa figura de ligação anterior. Se, entretanto, essa figura estiver morta, por exemplo, um dos pais, a dor da perda anterior será experimentada de novo ou possivelmente pela primeira vez. Observa-se assim como que uma replicação do luto que necessita de ser conscientemente elaborado e integrado.

A situação mais típica deste luto prende-se com a relação ambivalente com o objecto perdido, idealizando os aspectos positivos e recusando ou negando os negativos. Assim, só depois de serem admitidos esses aspectos negativos e devidamente relativizados com os aspectos positivos será possível fazer uma integração harmónica do objecto perdido, deixando espaço mental livre para novos projectos e investimentos.

¹⁸² Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 172.

¹⁸³ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, pp. 154-155.

¹⁸⁴ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 180.

4.3. Luto crónico

O luto crónico caracteriza-se por uma reacção à perda exageradamente prolongada no tempo e sem uma conclusão satisfatória. A viúva que veste de negro por toda a vida, parecendo com isso cumprir um dever de luto perpétuo, constitui a imagem deste luto. Neste caso, a pessoa enlutada revela-se incapaz de reintegrar-se no tecido social, encontrando-se constantemente absorvida pelas recordações da perda, no passado, e apresentando-se desligada do presente.

São frequentes as reacções de aniversário¹⁸⁵, a aflição associada às lembranças do falecido e altos níveis de agressividade, tristeza e culpa, permanecendo neste registo, de forma inalterável, durante meses e anos consecutivos.

Os especialistas assinalam uma certa predisposição psíquica para o luto crónico, naquelas pessoas que viveram uma frágil vinculação na infância. Quando adultas tendem a anular-se e a (con)fundir-se com o cônjuge, numa relação de dependência. Com a morte deste perdem o seu único referencial e tendem a desenvolver atitudes e comportamentos de baixa auto-estima, regressão e auto-agressividade.

Como complemento à intervenção psicológica, dever-se-á ajudar a pessoa enlutada a desenvolver novas competências e habilidades¹⁸⁶, a fim de assumir novos papéis e responsabilidades, seja no âmbito privado ou social.

A rainha Vitória constitui o exemplo flagrante deste distúrbio do pesar, através do processo psíquico de *mumificação*¹⁸⁷. Após a morte do marido, continuava a pedir água para o marido barbear-se e a dispor as suas roupas como se aquele estivesse prestes a regressar a casa¹⁸⁸. Embora com o tempo tivesse diminuído a intensidade do sofrimento, continuou a trajar de luto até ao fim da vida.

¹⁸⁵ Para as pessoas que sofreram uma perda, cada aniversário pode provocar o reaparecimento dos pensamentos e sentimentos experimentados por ocasião da morte.

¹⁸⁶ Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 90.

¹⁸⁷ Bowlby precisa que “a mumificação pode representar a crença mais ou menos consciente da pessoa enlutada de que a pessoa morta voltará, e o desejo de assegurar que será bem recebida, quando isso acontecer”. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 169.

¹⁸⁸ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda. Tristeza e Depressão*, p. 168.

4.4. Luto patológico

No luto patológico, as reacções à perda adquirem tal intensidade que requerem um tratamento profissional adequado, exigindo, por vezes, o internamento psiquiátrico.

A dor patológica evolui para sintomas de depressão, idealização persistente da pessoa falecida, hiperactividade sem sentimento de perda, grande sentimento de culpa, raiva e abandono, ansiedade sob a forma de ataques de pânico e fobias, dependência de álcool ou de substâncias químicas (medicamentos, drogas), somatização e identificação com o falecido e, ainda, graves perturbações das actividades quotidianas.

Sobre a *depressão* importa assinalar que sentir-se deprimido e sem esperança depois da perda de uma pessoa querida é uma reacção normal e saudável, sempre que seja um fenómeno transitório; porém, quando assume contornos de irracionalidade, acompanhada de elementos de depressão clínica, torna-se necessário intervir profissionalmente.

Nas situações de *somatização* surgem as “doenças fac-símile”¹⁸⁹, pois o paciente queixa-se das mesmas doenças que tinham atingido o falecido, não configurando, desta forma, uma patologia orgânica. Por somatização entende-se um “mecanismo pelo qual a tensão não é libertada, mas absorvida pelo organismo. Em certo sentido o corpo, por meio de indisposições ou de doenças mais ou menos sérias, paga o preço pela incapacidade que o indivíduo tem de exteriorizar as suas energias e emoções”¹⁹⁰.

Este luto reprimido poderá apresentar-se de duas formas: mascarado por sintomas físicos ou por condutas delinquentes e mal adaptadas. Colin Parkes apresenta o caso de uma esposa que “quando soube da morte do marido, ficou sem voz durante dez dias. O seu marido havia morrido em consequência de um segundo derrame [cerebral], e o primeiro deles havia-o deixado afásico”¹⁹¹.

No processo de *identificação*, o paciente interioriza os valores, sentimentos, comportamentos e papéis do falecido, querendo imitá-lo até nos pormenores. Carlos Bermejo apresenta o caso de um jovem que após a morte do irmão, se mudou para a sua

¹⁸⁹ WORDEN, William, *Terapia do Luto*, p. 93.

¹⁹⁰ PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 80.

¹⁹¹ PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, p. 141.

residência: “Agora dorme nela, veste-se com a sua roupa, calça o seu calçado, apesar de ser um número a menos, com o conseqüente incômodo que minimiza. Não fala do seu irmão nem diz estar mal”¹⁹². Deste modo, procura negar a morte do irmão, apresentando-se da mesma forma e diluindo a sua personalidade na do falecido.

5. Padrões de apego e padrões de luto

Bowlby já lançara a hipótese¹⁹³ de que uma determinante fundamental da forma de reacção à perda, na vida adulta, estaria directamente associada ao comportamento de apego, na infância e adolescência, e a todos os sentimentos a ele associados, na interacção com os pais e outros membros da família.

O autor ilustra o enunciado com o exemplo da criança que procura conforto e é humilhada pelos pais ou seus substitutos, no sentido de não chorar. Desta forma, a criança deixará de exteriorizar o seu medo e infelicidade, levando-a a suportar sozinha os seus sofrimentos e favorecendo, mais tarde, a propensão para o luto perturbado em situações de perda.

Colin Parkes confirmou, através de estudos sistemáticas, que determinados padrões de apego, na infância, condicionam os padrões de luto¹⁹⁴, na idade adulta. Como ponto de partida, para o seu trabalho, serviu-se do estudo de John Bowlby e Mary Ainsworth, sua discípula.

Bowlby estudou o comportamento de apego na criança e sua reacção face à ausência temporária da figura materna. Recordamos que, nesta circunstância, a criança desenvolve um tipo especial de ansiedade, a *ansiedade de separação*, associada à raiva, mediante a qual a criança se agarra à mãe com maior intensidade, gerando um vínculo ansioso e provocando o comportamento contrário ao desejado: a rejeição materna.

Ainsworth utiliza o *Teste da Situação Estranha* (TSE), através do qual cada mãe e filho eram colocados numa sala desconhecida e observadas as suas reacções, antes, durante

¹⁹² BERMEJO, José Carlos, *Estoy en duelo*, p. 29.

¹⁹³ Cf. BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. III, *Perda, Tristeza e Depressão*, pp. 258-259.

¹⁹⁴ Cf. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus 2009, p. 23ss. Nas páginas seguintes, seguirei de perto o autor.

e após a ausência temporária da mãe. Desta forma, mostrou que cada padrão de apego está associado a um padrão específico de cuidado parental, distinguindo aquele entre apego seguro e inseguro.

No *apego seguro*, os pais eram sensíveis e responsivos às necessidades de segurança da criança e na ausência destes, os filhos toleraram separações breves sem muito sofrimento. Quanto ao *apego inseguro*, Ainsworth assinalou três variantes que classificou de apego ansioso/ambivalente, evitador e desorganizado.

Nas situações de apego *ansioso*, as mães revelaram-se muito ansiosas, insensíveis e desencorajadoras do comportamento exploratório dos filhos. Estes, por sua vez, reagiram com grande sofrimento à separação e, aquando do regresso da mãe, protestaram, agarrando-se a ela e chorando com raiva. Apesar da intensidade do vínculo, o seu sofrimento continuava após o regresso da mãe, ao contrário das crianças com apego seguro. Desta forma, a autora faz uma clara distinção entre força do apego e apego seguro¹⁹⁵, pois que a intensidade do apego não é sinónimo de segurança.

No apego *evitador* verificou-se que as mães não expressavam sentimentos, nem toleravam a proximidade, punindo os comportamentos de apego. Na separação das mães, os filhos reagiram com indiferença e, no regresso delas, os filhos pareciam ignorá-las, sendo esta indiferença mais aparente do que real.

O apego *desorganizado* é induzido, sobretudo, pelas mães com depressão pós-parto, com problemas de adição de álcool ou drogas e em situações de abuso parental. Nestas circunstâncias, os filhos reagiram à separação com choro, mas no regresso da figura materna, evitaram as mães ou aproximaram-se delas com “frieza” ou jogaram-se ao chão; algumas apresentavam o comportamento estereotipado característico das crianças institucionalizadas.

Estes padrões, estabelecidos nos dois primeiros anos de vida, tendem a manter-se estáveis, sendo preditores da qualidade do relacionamento com os outros. Contudo, verificou-se que o cuidado adequado, por parte do outro progenitor, poderá contrariar o efeito negativo do primeiro. Importa realçar, sobretudo, que as crianças que estabeleceram vínculos seguros apresentaram melhores índices de socialização.

¹⁹⁵ Citado por: Cf. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 81.

Com John Bowlby recordamos que chorar e buscar são comportamentos inatos nos bebês, permanecendo como parte da reacção a perdas posteriores. Enquanto a teoria do apego explica a necessidade de chorar e procurar por alguém que se perdeu, a teoria da transição psicossocial explica a necessidade do enlutado alterar a concepção que tem de si e do mundo. Na vida adulta, os apegos recíprocos com a família e os amigos são uma forma de alimentar a segurança e a prevenção do luto em perdas futuras.

Partindo destas premissas, acerca dos padrões de apego na infância, e ampliando o leque do seu questionário estatístico ao apego, nos adultos enlutados e não enlutados, Parkes delimitou quatro variantes padronizadas de apego e luto¹⁹⁶ que passaremos a apresentar.

Quanto ao *apego seguro* e *inseguro*, Parkes confirmou a hipótese da correlação entre apego seguro na infância e na vida adulta, com a consequente diminuição do sofrimento emocional na vivência do luto, pois “isso é reflexo de uma visão mais positiva sobre si e sobre os outros, com casamentos mais harmoniosos e uma vontade maior de voltar-se para o apoio de outras pessoas quando em situação de stress”¹⁹⁷.

Contudo, o autor observa, a partir dos dados do grupo de controlo (enlutados não psiquiátricos), que ao apego inseguro na infância não corresponde necessariamente um luto mais problemático. Na interpretação deste facto, Parkes conclui que as pessoas que tiveram “apegos inseguros na infância sofreram mais do que as que relataram apegos seguros, mas parecem ter aprendido a viver com o seu sofrimento sem procurar ajuda ou sem ter identificado sofrimento com patologia”¹⁹⁸. Deste modo, constata também as desvantagens do apego seguro, nas situações de protecção parental excessiva, ao inabilitar as crianças para enfrentar os desafios da vida adulta.

O autor ilustra esta situação com a história de Sarah Green¹⁹⁹, que pertencia a uma família judia de classe média. Teve uma infância seguramente vinculada, descrevendo os pais de forma idealizada, mas na escola teve dificuldade em enfrentar o preconceito racial, revelando-se infantilizada e de choro fácil. Saiu de casa apenas aos 35 anos, casando com

¹⁹⁶ Cf. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 81ss.

¹⁹⁷ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 92.

¹⁹⁸ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 93.

¹⁹⁹ Cf. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 91.

um colega de trabalho que também mantinha um apego persistente com os pais, assim como um pelo outro. Face à dependência recíproca e ausência deliberada de filhos, embora a morte do marido fosse esperada, desenvolveu um luto crônico, tendo expressado muita dificuldade em continuar a viver. O acompanhamento terapêutico revelou-se ineficaz na resolução do caso.

No que respeita ao *apego ansioso/ambivalente* Parkes confirmou que as pessoas que fizeram a experiência de um apego ansioso na infância, com uma forte dependência dos pais, têm uma probabilidade acrescida de replicarem esse modelo no casamento sempre que o cônjuge corresponda ao perfil da figura parental, perpetuando-se, assim, o padrão apreendido na infância e contribuindo para a duração perturbada do luto crônico.

Na infância, as mães foram insensíveis às necessidades de autonomia dos filhos, desenvolvendo nestes a convicção de que o mundo era perigoso e que seria necessário manter a proximidade com a mãe como garantia de sobrevivência. Estas crianças, na vida adulta, tendem a privilegiar os laços com os progenitores, colocando em causa a estabilidade do casamento pela impossibilidade do apoio recíproco.

O autor ilustra o sobredito com a história de Helen²⁰⁰, casada, com dois filhos. Após o casamento continuou a manter uma grande dependência dos pais. O marido sentindo-se rejeitado, retomou o vício do álcool com os amigos. Com a morte do pai, Helen foi acometida por ataques de pânico na rua e começou a temer pela própria morte, sendo este sintoma debelado com o acompanhamento psiquiátrico.

Nesta situação de incompatibilidade conjugal identifica-se a “manifestação de uma doença do apego, que já existia muito antes da sua perda”²⁰¹. Nestes relacionamentos “existe algo de narcísico sobre o amor da pessoa ansiosa/ambivalente cuja dependência afectiva reflecte o seu profundo medo em ser abandonada. Para elas o amor não é dado, mas exigido, e quando perdem o amor o seu medo e a sua raiva complicam e aumentam o pesar”²⁰².

Quanto ao *apego evitador*, constitui uma “estratégia desenvolvida na infância a fim de permitir à criança lidar com pais que não toleram a expressão de necessidades de

²⁰⁰ Cf. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 94ss.

²⁰¹ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 105.

²⁰² PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 106.

apego”²⁰³. Desta forma, será evitada a expressão livre das emoções, erigindo-se uma barreira de segurança em relação aos outros, através do domínio, da agressão e do controlo. Face a esta independência compulsiva, que esconde uma grande insegurança, torna-se difícil procurar e aceitar afecto e apoio em caso de perda.

Parkes ilustra o exposto com a história de Florence²⁰⁴, cujo marido falecera num acidente de trânsito. Passou a manifestar um rígido controlo sobre si e sobre os filhos, a fim de evitar um novo desastre. Queixava-se da dificuldade em enlutar-se, achando sempre que não chorava o suficiente e revelando muita auto-censura e arrependimento pelos conflitos no casamento. No limite, consultou o psiquiatra.

O autor conclui que a tarefa mais urgente para a pessoa evitadora consiste em descobrir que a base da sua evitação não é válida, sendo mais recompensador e seguro aproximar-se das pessoas significativas do que manter uma distância forçada.

Por fim, Colin Parkes aborda o *apego desorganizado*, comprovando que este subsiste de forma condicionada na vida adulta, acabando por comprometer a reacção de luto face à perda, seja por morte ou separação.

Recordemos que no *Teste de Situação Estranha* as crianças comportavam-se de forma imprevisível e inconsistente, quer na separação da mãe quer na aproximação da mesma. Ora “congelavam” ora desenvolviam movimentos estereotipados. Este padrão surge sempre que os pais são expostos a factos traumáticos, antes ou após o nascimento dos filhos, reagindo com impotência e desespero às suas solicitações. Estes pais revelam-se incapazes de oferecer cuidados consistentes aos filhos, pois “estão tão preocupados com as suas próprias necessidades emocionais que não conseguem ser responsivos com os seus filhos, noutros momentos estão super preocupados com eles. Em ambos os casos, a criança tem muito pouca influência sobre o comportamento dos pais”²⁰⁵.

Nestas circunstâncias, a criança tanto procura como tem medo do seu cuidador primário, gerando-se nela um sentimento de impotência e desesperança. É esta mescla de estratégias insatisfatórias de apego que caracteriza o padrão desorganizado.

²⁰³ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, pp. 123-124.

²⁰⁴ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, pp. 123-124.

²⁰⁵ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 126.

Pelo facto de não terem encontrado correspondência para os seus problemas nas figuras parentais, regra geral, na idade adulta, procuram apoio junto de médicos e conselheiros profissionais, em vez da família e dos amigos. A sua desconfiança dificulta o pedido de ajuda e, quando o fazem, tendem a não persistir com a terapia, quando esta coloca em causa a sua frágil segurança, preferindo afogar as suas mágoas no álcool, nas drogas ou, em situações extremas, nos comportamentos suicidas e auto destrutivos.

Contudo, o autor descobriu que existem pessoas com comportamento desorganizado, na infância, que conseguiram um bom desempenho na vida adulta, aprendendo a lidar com a perda, sem se afastar dos amigos. Outros há que após uma perda, perdem o senso de segurança mínima de que dispunham e reincidem nos comportamentos desorganizados e auto destrutivos.

O autor ilustra estes casos com a história de Mollie²⁰⁶, a mais nova de cinco irmãos nascidos na Escócia. Pouco antes de nascer, a mãe cai numa grave depressão, por ocasião da morte da avó materna, tendo recorrido ao internamento psiquiátrico, motivado por ameaças suicidas e conflitos com o marido.

Mollie cresceu com o sentimento de insegurança e infelicidade, com o desejo recorrente da morte. A sua confiança nos outros fora minada pelo abuso sexual, no meio familiar, primeiro com o amigo do irmão e depois com este.

Por vezes, manifestava comportamentos característicos dos outros dois tipos de apego inseguro: por um lado, receava a separação dos pais e tinha medo que eles pudessem morrer se ela se distanciasse deles (apego ansioso), por outro lado, era incapaz de aceitar ou expressar sentimentos e emoções, não pedia ajuda e não confiava nos outros (apego evitador).

Mais tarde, fez uma experiência de conversão, na Igreja Pentecostal. Tendo aprendido a “falar em línguas”, ganhou confiança em si, mediante o apego a um ser divino²⁰⁷. Foi indicada para a consulta psiquiátrica, mas quando começou a progredir abandonou a frequência da mesma, a fim de evitar uma hipotética decepção.

²⁰⁶ Cf. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 125ss.

²⁰⁷ O autor afirma: “Parece que um relacionamento com Deus oferece, àqueles que têm pouca razão para confiar em si ou nos outros, uma figura parental em quem eles podem confiar. Sendo assim, podemos esperar

Do exposto, Parkes conclui que enquanto “aqueles que experimentaram os apegos ansiosos/ambivalentes crescem com falta de confiança em si, e aos que tiveram apegos evitadores falta confiança nos outros, (...) as pessoas que reportam apegos desorganizados na infância têm falta de confiança tanto em si como nos outros. Face ao enlutamento ou outros desastres na vida adulta, eles voltam-se para si, tornam-se altamente ansiosos e podem usar o álcool ou outras drogas como escape. Compõem o grupo com maior perigo de auto infligir algum mal”²⁰⁸.

Resta concluir, reconhecendo que os pais têm um papel fundamental na construção do vínculo seguro, devendo a sociedade reforçar os mecanismos de apoio às tarefas parentais. Este papel é coadjuvado pelos professores e outros educadores, na identificação e prevenção dos vínculos problemáticos. Os adultos deverão viver as perdas como uma oportunidade para redescobrir novas forças em si e nos outros.

6. Síntese conclusiva

Vimos como da morte familiar e “doméstica” transitámos para a morte oculta e “institucional”, característica da sociedade contemporânea ocidental, gerando novas atitudes defensivas na forma de lidar com a morte e o morrer nos nossos dias. Prolonga-se a vida pela obstinação terapêutica ou somos tentados a abreviá-la pela eutanásia, mas não se ajuda a morrer. A crise da morte contemporânea manifesta-se pela crescente institucionalização, medicalização e exclusão social dos doentes.

No que respeita ao nosso país, vimos como acompanha a tendência ocidental, pela coexistência de dois procedimentos paralelos nos funerais: a inumação e a prática crescente da cremação, com a conseqüente diluição do papel social do luto. Sendo a doença e a morte constantemente remetidas para o espaço institucional dos hospitais, lares de terceira idade e agências funerárias, associadas ao carácter cada vez mais excepcional das mesmas, os mais jovens manifestam uma dificuldade acrescida na aceitação da morte, sendo a recusa do luto a sua conseqüência.

que a fé em Deus alivie um pouco do sofrimento do luto”. PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 212.

²⁰⁸ PARKES, Colin Murray, *Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*, p. 143.

Depois, passamos a identificar os factores de risco que predisõem para a eclosão de lutos perturbados, classificando, por ordem de gravidade, as várias tipologias de luto: luto antecipado, adiado, crónico e patológico.

Com o contributo de Colin Parkes, confirmámos a predisposição psíquica para o luto perturbado, através dos padrões de apego e dos padrões de luto. Vimos como uma vinculação deficitária, na infância, poderá repercutir-se na vida adulta e conjugal, potenciando uma reacção de luto perturbado, na perda de pessoas significativas.

Para concluir diremos que a expulsão da morte, pela privatização da dor e do sofrimento, associados à perda, e pela quase ausência ou supressão dos rituais de luto, contribuiu de forma decisiva para o desencadear do luto perturbado. Deste modo, torna-se necessário quebrar a conspiração do silêncio, resgatando o espaço e o tempo para a saudável expressão das reacções típicas da condolência, seja no espaço público seja nos grupos de entreatajuda.

IV. APOIO E PREVENÇÃO DO LUTO

Face à tendência generalizada da institucionalização da morte e do morrer, urge resgatar o carácter humano da morte e do luto, educando para a morte como componente da vida e promovendo as respectivas competências na abordagem desta temática, junto dos profissionais de educação, da saúde e da sociedade em geral.

1. A educação para a morte

Falar numa nova educação para a morte e numa nova *ars moriendi* (*arte de morrer*)²⁰⁹ significa socializar a morte, devolvê-la ao espaço público e familiar, promovendo a reconciliação com o carácter finito, transitório e mortal do ser humano.

Esta educação envolve a comunicação²¹⁰ e discussão dos temas associados à morte e ao luto, como a perda de pessoas significativas, as doenças, os acidentes e o confronto com a morte, pois este assunto desapareceu da comunicação entre as pessoas.

Apesar da vulgarização da morte na comunicação social, reina a conspiração do silêncio, mas a realidade apressa-se a desmentir esta suposta invulnerabilidade.

Por um lado, os casos de HIV e de cancro, em idades cada vez mais jovens, com longos períodos de hospitalização e conseqüente privação da interacção com o meio que lhes era familiar, coloca em causa a capacidade de médicos, pais e professores lidarem e comunicarem nestas situações. Por outro lado, o crescente prolongamento da vida, nos idosos, nem sempre associado à melhoria da qualidade de vida, acarreta o confronto com a perda dos amigos e/ou do cônjuge, sendo motivo de sofrimento e, sobretudo, de constrangimento.

A discussão do tema da morte no *meio escolar* deverá dirigir-se preferencialmente aos professores, mas também aos demais funcionários, capacitando-os para esta abordagem e contribuindo não para negar, mas para facilitar a expressão e elaboração do luto pela

²⁰⁹ Como adaptação actualizada dos tratados medievais da “boa morte”, sugiro a consulta de MONBOURQUETE, J.; LUSSIER-RUSSELL, D., *El precioso tiempo del final. Aprender a morir*. Maliaño: Sal Terrae, 2005.

²¹⁰ Cf. KOVÁCS, Maria Júlia, «Educação para a morte». In: *Psicologia, Ciência e Profissão*. 25 (2005), pp. 484-497. Seguirei *grosso modo* o desenvolvimento deste artigo.

perda de um aluno. Na escola poder-se-ão abordar as seguintes matérias: “como falar com uma criança que sofreu a perda de pessoas significativas; como integrar uma criança gravemente enferma nas actividades didácticas e de recreação; como lidar com o suicídio de uma pessoa conhecida na escola”²¹¹.

A educação para a morte envolve ainda a simulação teórica de situações de guerra, violências, catástrofes naturais e suas possíveis prevenções, querendo significar, em última instância, um maior respeito pela vida humana.

Esta educação no meio escolar, deverá iniciar-se desde a infância, através de conversas, livros, filmes, palestras e, sobretudo, pela resposta às perguntas das crianças; devendo aprofundar-se na adolescência e juventude, pelo envolvimento de todos os níveis de ensino, desde o Básico ao Universitário. Não falar ou reflectir sobre estas temáticas limita as possibilidades de enfrentar a morte e o luto de forma sadia.

No que respeita à educação para a morte em *meio hospitalar*, recordemos que estes profissionais são treinados para combater a doença, podendo a morte ser encarada como um erro e um fracasso profissional. Com os agentes de saúde importa desenvolver as seguintes temáticas: como comunicar más notícias; “como lidar com pacientes que apresentam forte expressão emocional: medo, raiva, tristeza; como desenvolver o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, aprofundando a questão da diferença entre curar e cuidar; como cuidar de sintomas incapacitantes que causam muito sofrimento e dor; como abordar a família aquando da aproximação da morte (...); como lidar com a expressão do desejo de morrer por parte do paciente, ou da família, que não suporta ver tanto sofrimento”²¹².

Este trabalho deverá ser dirigido, em primeiro lugar, a quem lida mais directamente com os temas da morte e do luto, como sejam os médicos, enfermeiros, e psicólogos, mas sem descurar outros profissionais, como os bombeiros, polícias e directores funerários entre outros.

A morte faz parte do quotidiano destes profissionais, sendo a falta de preparação e cultura sobre este tema uma séria limitação no seu trabalho. A formação nesta área

²¹¹ KOVÁCS, Maria Júlia, «Educação para a morte», p. 488.

²¹² KOVÁCS, Maria Júlia, «Educação para a morte», p. 490.

contribui para diminuir a frustração e a desmotivação laboral, permitindo ainda a aceitação e expressão saudável dos conflitos internos associados às fortes emoções.

Uma das tarefas principais incide na facilitação da comunicação, na expressão dos sentimentos e necessidades da pessoa em causa e das outras pessoas afectadas. Pois, nestes profissionais a premência do cuidado dos outros, associada ao confronto contínuo com a morte e o luto em detrimento das suas próprias necessidades, poderá camuflar certos problemas não resolvidos porque não verbalizados, podendo a educação para a morte actuar, também, como dinâmica preventiva da exaustão (*burn-out*).

A autora refere-se ao aumento exponencial das depressões, sendo este um problema de saúde pública, devido à má elaboração do luto, quando as pessoas “adoecem em função de uma carga excessiva de sofrimento sem possibilidade deste ser elaborado”²¹³.

Lidando os hospitais mais frequentemente com situações de perda e morte, deverão abordar estes temas, também, nas comissões multidisciplinares de bioética, a partir das situações concretas; sem descurar uma maior relevância deste tema nos currículos académicos, no que se refere ao ensino universitário e académico²¹⁴.

Contudo, não basta formar um corpo de especialistas na morte e no luto, a sociedade no seu todo deverá crescer na capacidade de responder às situações emergentes *in loco* com maior sentido de humanidade, procurando a melhor formação e informação sobre a temática da morte e do morrer.

Outro campo de acção, na educação para a morte, prende-se com a formação dos profissionais dos *meios de comunicação social*. Sabemos como a morte encontra-se omnipresente nos noticiários, novelas, filmes e documentários. Ali, a imagem da morte (guerra, tragédia) surge de forma insistente e repetitiva, para logo depois ser mostrado “um anúncio ou notícia que muda de assunto, levando a uma banalização da morte”²¹⁵. O desafio consistirá em discutir a possibilidade de um espaço que promova a reflexão dos temas relacionados com a morte, tratando este assunto de forma mais humana, evitando-se o uso inadequado destas imagens com a finalidade de subida das audiências.

²¹³ KOVÁCS, Maria Júlia, «Educação para a morte», p. 494.

²¹⁴ Em Aveiro, foi criada recentemente a *Sociedade Portuguesa para o Estudo e Intervenção no Luto* (SPEIL), com a finalidade de promover a investigação científica sobre o luto e fomentar o debate na sociedade portuguesa. Para conhecer melhor a sua acção e objectivos consultar o site: www.speil.pt

²¹⁵ KOVÁCS, Maria Júlia, «Educação para a morte», p. 494.

2. Relação de ajuda e competências

Um dos pressupostos básicos para toda e qualquer relação de ajuda é a aliança terapêutica, ou seja, a confiança suscitada pela competência técnica e, sobretudo, humana daquele que se propõe ajudar a pessoa em luto, tendo por base o compromisso recíproco de quem ajuda e de quem pretende ser ajudado.

Num tempo marcado pela especialização dos saberes, Parkes recorda o papel insubstituível dispensado pelas relações de proximidade²¹⁶: família, amigos, colegas e vizinhos da pessoa enlutada. Na primeira semana de luto, a função desta rede de proximidade consiste em aliviar o enlutado de algumas das suas tarefas e responsabilidades, para depois, o ajudar no restabelecimento da sua autonomia.

Para além desta ajuda informal, as pessoas enlutadas poderão recorrer ao apoio especializado, dispensado por médicos, psicólogos ou assistentes sociais ou, ainda, por voluntários, apoiados por especialistas nas dinâmicas de luto. Este apoio poderá ser facultado de forma individual ou através dos grupos de entreajuda.

A finalidade da relação de ajuda consiste em acompanhar o enlutado, facilitando neste a elaboração do luto. Worden²¹⁷ propõe alguns princípios, entre os quais salientamos: ajudar a pessoa enlutada a tomar consciência da realidade da perda, fazendo memória do falecido, recordando as circunstâncias da morte e do funeral ou sugerindo a visita ao túmulo; favorecer a expressão dos sentimentos de raiva, culpa, angústia e desamparo; ajudar a viver sem a presença do falecido, incentivando o enlutado a assumir novos papéis; saber interpretar o comportamento “normal”, respeitando o percurso de cada luto; por fim, identificar as situações patológicas, encaminhando estas pessoas para apoio psiquiátrico, nos casos de abuso de álcool, drogas ou risco de suicídio entre outros.

Num contacto mais informal, Pangrazzi²¹⁸ sugere o evitar de frases feitas, como “Foi a vontade de Deus” ou “Você tem sorte, pois tem outros filhos”, sendo necessário respeitar a dor pela perda sofrida; manter os contactos, sobretudo, após a primeira semana, valorizando as várias formas de presença (visita, telefone, carta); cultivar as lembranças,

²¹⁶ Cf. PARKES, Colin Murray, *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*, pp. 192, 209.

²¹⁷ Cf. WORDEN, William, *Terapia do Luto*, 58ss.

²¹⁸ Cf. PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 136ss.

dando sentido ao seu amor e à sua dor e mobilizar os recursos comunitários, através da prestação de pequenos serviços.

A livre expressão dos sentimentos comportará, frequentemente, a liquefacção das emoções, através das lágrimas. Estas permitem humanizar o luto, podendo ser acolhidas como “palavras” ou sentimentos drenados²¹⁹, sem esquecer o contacto físico através de um abraço sincero ou de uma carícia.

Referimo-nos, ainda, a algumas técnicas que poderão facilitar o processo do luto, tais como a escrita, o desenho, sobretudo, no caso das crianças, a utilização dos símbolos (fotos, objectos) e do livro de memórias, podendo este ser elaborado por toda a família.

Aquele que acompanha deverá dispor de certas competências, como a empatia. Segundo Stearns, a pessoa empática é aquela que “não se perturba com as nossas lágrimas, que não está sempre a dar conselhos, que tem uma presença calorosa, que relembra os nossos pontos fortes quando nós os esquecemos, confirma o nosso crescimento, que partilha a nossa humanidade, que não tem medo de se confrontar connosco quando é necessário, que sabe que a condolência não é uma doença”²²⁰.

Para ajudar a pessoa em luto, torna-se necessário uma cuidada educação emocional²²¹, pela integração das dimensões negativas da vida e uma saudável auto-estima. Sabemos que uma pessoa com baixa tolerância às frustrações tem dificuldade em acolher o outro na sua totalidade. Pelo que importa identificar e corrigir possíveis situações de projecção, manipulação ou comunicação defensiva sobre a pessoa que se pretende ajudar, para que a relação de ajuda possa ser acolhida como benéfica.

3. Grupos de entreaajuda e sua caracterização

A “proibição” da morte e do luto, associada ao ritmo voraz da vida contemporânea, condicionam a expressão saudável das emoções e dos sentimentos. Os grupos de entreaajuda²²² surgem como o espaço necessário para falar da perda e do luto.

²¹⁹ Cf. BERMEJO, José Carlos, *Estoy en duelo*, p. 43.

²²⁰ Citado por: PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*, p. 138.

²²¹ Cf. GEA, Alfons, *Acompañando en la pérdida*, p. 72ss.

²²² Cf. SÁNCHEZ, Ezequiel, *La relación de ayuda en el duelo*. Maliaño: Sal Terrae, 2001, p. 60ss.

Estes grupos caracterizam-se, principalmente, pela sintonia recíproca. As pessoas que os frequentam sentem-se protegidas, compreendidas e úteis, parecendo falar a mesma “língua”²²³, ajudando os outros participantes e encontrando soluções a partir das experiências de cada um.

Os grupos acabam por gerir sentimentos de pertença (“somos como que uma família”), passando a existir um clima de coesão, empatia, respeito e verdadeira solidariedade entre todos. Surge, assim, um clima de confiança, que permite falar de temas que dificilmente seriam abordados em casa, no trabalho ou até com amigos, pois todos estão a passar por situações idênticas.

A empatia vivida no grupo, ajuda a quebrar o isolamento próprio do estado de ânimo das pessoas enlutadas, sendo um motivo de relacionamento saudável e autêntico. Têm como objectivo principal a recuperação da esperança em si próprio, nos outros e na vida, e a procura do sentido para a dor e o sofrimento.

Os grupos de entajuda caracterizam-se pelos seguintes objectivos: contribuir para o abandono dos mecanismos de negação da perda; facilitar a expressão dos sentimentos associados à perda; potenciar as capacidades de cada elemento do grupo para aprender a viver sem a pessoa querida, superando sentimentos de inadequação e impotência; reorientar a atenção e as energias para novas relações e interesses; procurar a participação de todos, estimulando os mais inibidos e “controlando” as intervenções demasiado longas e ajudar na recuperação da auto-estima.

Quando a pessoa em luto se sente acolhida, escutada, não julgada, sendo útil aos outros, a sua auto-estima (apesar do sofrimento) recupera a pouco e pouco. Os laços de amizade criados são, por si só, uma razão para continuar a participar.

Aqueles que participam nos grupos de entajuda têm a convicção de que a sociedade não respeita a singularidade da sua dor. A frequência destes grupos permite-lhes uma substituição dos sentimentos iniciais de desespero por uma representação interior mais positiva dos falecidos. Pois, contrariamente à ajuda convencional, onde as pessoas são

²²³ Cf. VICENTE, Filipe Nunes, *Educação para a morte*. Lisboa: Bertrand, 2008, p. 88.

convidadas a aceitar o carácter finito das perdas, muitos grupos de entreatajuda apoiam a manutenção das ligações ao falecido²²⁴.

A entreatajuda dispensada nestes grupos não se apresenta apenas como uma forma benéfica de lidar com o isolamento social, mas também, como “prevenção de problemas psicológicos com possível dano mental e somático que possam advir de dificuldades em lidar com fases do processo, mesmo no luto por morte anunciada”²²⁵.

Os grupos de entreatajuda têm, ainda, a vantagem de obter bons resultados sem a necessidade de um especialista de saúde mental, limitando os custos psiquiátricos e oferecendo apoio sem que as pessoas sejam rotuladas como “doentes”, pois o luto não constitui uma doença psiquiátrica nem deve ser tratado como tal²²⁶.

Em Portugal, existem duas associações que promovem encontros de entreatajuda para pessoas em luto: a Associação «A Nossa Âncora - Apoio a Pais em Luto» e a «APELO – Associação do Apoio à Pessoa em Luto».

A primeira foi fundada em 1996, por Maria Emília Pires. Seguindo a linha dos *The Compassionate Friends* (1969) criada no Reino Unido, dá apoio aos pais em luto e aos familiares mais directos (irmãos, avós, etc.). Nos grupos de entreatajuda, a partilha não é alvo de censura, sendo os mais “antigos” um exemplo e uma esperança para aqueles que estão no início do luto. A Associação participa, também, em actividades de prevenção e informação sobre o luto junto de outras instituições nas áreas da saúde, educação e protecção civil. Actualmente existem 17 grupos activos em todo o país²²⁷.

Quanto à «APELO - Associação do Apoio à Pessoa em Luto» foi fundada em 2004, por José Eduardo Rebelo. Dá apoio a qualquer pessoa em luto, facultando também atendimento nalguns grupos. Participa em congressos e fóruns sobre a perda e o luto e na formação dos profissionais do luto. Tem o carácter específico de promover e apoiar a

²²⁴ Cf. RICHES, Glennys, «Auto-ajuda». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*, p. 53.

²²⁵ REBELO, José Eduardo, «Importância da entreatajuda no apoio a pais em luto». In: *Análise Psicológica*. (2005), 4 (XXIII), p. 373.

²²⁶ Cf. PARKES, Colin Murray, «Ajuda aos agonizantes e indivíduos de luto». In: PARKES, C.; LAUNGANI, P.; YOUNG, B., *Morte e Luto através das Culturas*. Lisboa: Climepsi, 2003, p. 247.

²²⁷ Poderá consultar o site em www.anossaancora.org

investigação científica e académica sobre esta temática, tendo criado recentemente a «Sociedade Portuguesa de Estudo e Intervenção no Luto» (SPEIL)²²⁸.

Referimos ainda o «Movimento Esperança e Vida» (MEV), de matriz assumidamente cristã. Procura dar apoio humano e espiritual, através de encontros mensais. Foi fundado em França em 1944, no decurso da II Guerra Mundial, por um grupo de jovens viúvas, com a finalidade de dar apoio a outras viúvas em situação idêntica. O movimento chegou a Portugal em 1958, estando representado em muitas dioceses do país.

Resta sublinhar que o recurso aos grupos de entreajuda funciona como um suporte social de apoio muito eficaz, ao facilitar a expressão solidária das emoções e sentimentos provocados pela perda de uma pessoa querida.

4. O sentido do luto e do sofrimento

Num mundo que faz a apologia da morte rápida, indolor e inconsciente, urge retomar a prática do *memento mori* (lembra-te da morte) pelo cultivo da renúncia, da mortificação, pela vivência livre e gratuita de todos os bens, vivendo como hóspedes e peregrinos nesta terra: “Nascemos para morrer. Devemos recordar sempre esta frase. Dar-nos-á o sentido do limite, do mistério das nossas existências terrenas”²²⁹.

Importa tomar consciência de que a vida está impregnada de morte e a morte encerra sementes de vida. Para redescobrir as potencialidades de vida encerradas na dor e no sofrimento, torna-se necessário enfrentar a morte na primeira pessoa, visitando, por exemplo, um amigo gravemente doente, procurando personalizar a morte, tornando-a íntima²³⁰, real e concreta, pois esta surge-nos muito mediatizada e distante através dos meios de comunicação social.

A morte íntima é aquela que nos afecta como pessoas, estampada no rosto de um familiar ou amigo, provocando e convocando para a vida, para a comunicação e a comunhão profundas com aqueles que amamos. A sociedade contemporânea, talhada para

²²⁸ Poderá consultar os respectivos sites em www.apelo.pt e ainda em www.speil.pt

²²⁹ ALBISETTI, Valerio, *Como atravessar o sofrimento e sair dele mais forte*. Lisboa: Paulinas, 2009, p.140.

²³⁰ Cf. MARIE DE HENNEZEL, *A arte de morrer*. Lisboa: Casa das Letras, 2001³, pp. 46-47.

a produção e a competitividade, favorece a paralisia afectiva, o tabu da intimidade, inibindo as palavras e os gestos simples, gratuitos e mais humanos.

Assim, o movimento dos Cuidados Paliativos surgiu, desde os finais da década de sessenta pela mão de Cicely Saunders, como uma resposta humanizada às necessidades integrais dos moribundos, procurando implementar quatro princípios fundamentais: o controle dos sintomas, o trabalho em equipa, a comunicação adequada e o apoio à elaboração do luto, na família, antes e depois da morte do paciente.

O controle sintomático, pela correcta administração dos fármacos segundo a escala analgésica²³¹, procura favorecer a qualidade de vida e a possibilidade de o paciente se dedicar à reflexão e ao diálogo sobre o sentido da vida, à comunicação com a família e amigos, à busca da reconciliação e da transcendência, mediada pelo confronto com a morte.

Poderá emergir, então, a assunção da dor psíquica²³², da angústia existencial perante a morte e a finitude. Esta angústia não é passível de ser tratada com fármacos, suprimindo-se a consciência com sedativos, mas pelo apoio e aconselhamento espiritual²³³. Este sofrimento, fruto de uma crise de identidade – pela perda da autonomia, da imagem corporal, do papel social e familiar – convida à mudança e à transformação, face à inexorabilidade da doença crónica.

Este trabalho psíquico, envolvendo as várias fases descritas por Elisabeth Kübler-Ross – negação, revolta, negociação, depressão, aceitação – desenvolve-se na procura do sentido da vida. A presença do psicólogo (ou do assistente religioso com formação

²³¹ A escala analgésica, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estrutura-se em três estádios ou degraus: o primeiro, baseia-se na administração regular do ácido acetilsalicílico (analgésico-antipirético), na não tolerância deste indica-se o paracetamol (não opióides); o segundo degrau tem por base a codeína e o tramadol (opióides fracos) e o terceiro, a morfina entre outros (opióides fortes). Cada um destes estádios procura responder, respectivamente, a uma dor leve, moderada e intensa. Cf. PEREIRA, José Luís, «Gestão da dor oncológica». In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, Isabel, (Dir.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética / Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, p. 65ss.

²³² Cicely Saunders introduziu na medicina o conceito de dor total (*total pain*), consistindo esta numa combinação simultânea das várias dimensões da dor: *física* (sintomas, efeitos secundários do tratamento, insónia e fadiga crónica), *psicológica* (cólera, medo, desamparo), *social* (preocupações familiares, perda do prestígio, da posição social) e *espiritual* (significado e sentido da vida, reconciliação com o passado). Cf. TWYLCROSS, Robert, *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi, 2003², p. 84.

²³³ Cf. PESSINI, Leo, «A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica». In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Dir.), *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola / Centro Universitário São Camilo, 2006³, p. 188.

psicológica) facilitará o luto do inacabado, potenciando a verbalização dos desejos não cumpridos. Deste modo, liberta-se toda uma dinâmica que contribuirá para a emergência do eu profundo no doente terminal.

Todo este processo, gerador de vida e partilha recíprocas, torna-se possível graças ao reconhecimento dos limites da medicina convencional, pelo abdicar da futilidade terapêutica (distanásia) e controlo eficaz dos sintomas.

Para que a morte possa ser vivida, importa aceitá-la, não confundindo a suspensão de tratamentos inúteis com a eutanásia, mas permitindo que a morte natural retome os seus direitos²³⁴, inclusive o direito de poder morrer no ambiente familiar da casa ou, nesta impossibilidade, o direito de morrer com a maior dignidade possível.

O confronto quotidiano com o sofrimento e a morte, obriga a repensar a vida, a partir do que dela afirmam os moribundos. Estes afirmam, no seu ser e agir, “que é preciso saber tomar o tempo de viver, e não passar ao lado do essencial, que as únicas coisas que emergem no fim, são os laços de amor ou de amizade que tecemos, os momentos de alegria ou de tristeza que vivemos. Os sucessos materiais e profissionais (...) apagam-se nas lembranças dos que chegam ao fim, ficando só a qualidade afectiva dos acontecimentos”²³⁵.

Esta qualidade última do ciclo vital, vivida na primeira pessoa, opera-se graças à reinterpretção de toda a existência no confronto com a finitude. Desta forma, a morte pode ser antecipada, moldando desde o presente o “testamento de vida”²³⁶ deixado para a posteridade. De tal forma que “se a morte é o fim da vida, o *sentido* do fim é determinado por tudo aquilo que o precede”²³⁷.

A dor e o sofrimento como objecto da experiência são fonte de conhecimento, conhecimento vivido e não mero fruto da abstracção, são epifania e revelação²³⁸ do sentido

²³⁴ Cf. MARIE DE HENNEZEL, *Nós não nos despedimos*, Lisboa: Casa das Letras, 2003², p. 169.

²³⁵ MARIE DE HENNEZEL, «O papel do psicólogo», p. 161.

²³⁶ RENAUD, Michel, «Antropologia da morte». In: CARVALHO, Ana Sofia, (Dir.), *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina, 2008, p. 303.

²³⁷ RENAUD, Michel, «Antropologia da morte», p. 296.

²³⁸ Cf. VILA-CHÃ, João, «A experiência da subjectividade: elementos para uma filosofia da dor e do sofrimento». In: CARVALHO, Ana Sofia (Dir.), *Bioética e Vulnerabilidade*, p. 221.

da vida e da morte. Mas este conhecimento pressupõe a humildade de quem aprende, no confronto com o sofrimento, a reconhecer o carácter construtivo²³⁹ da dor e do sofrimento.

Na situação oposta, deparamo-nos com a negação e a fuga neuróticas, pelos comportamentos aditivos do álcool, droga, sexo e, em última instância, do suicídio e, ainda, a um outro nível, da eutanásia e distanásia. Desta forma, ao fugirmos da morte e do sofrimento, “da natureza constantemente mutável das coisas, fugimos inevitavelmente da vida”²⁴⁰.

Por entre os extremos do grito do silêncio²⁴¹ de quem sofre, podemos considerar a o luto e o sofrimento como uma dádiva, pela redescoberta do valor da humildade e da compaixão solidárias, suscitada pelo cuidado de quem cuida e deixa-se cuidar; pela valorização da vida própria e dos demais; pela maior exigência de autenticidade nas relações pessoais, mais selectivas; pela abertura à transcendência e pela valorização do tempo, pois “cada milésimo de segundo é precioso, quando reconhecemos o carácter transitório da vida”²⁴².

Para ilustrar o sobredito, recordemos José Maria Cabral, médico do IPO do Porto, que descreve a sua experiência, vivida na pessoa dos pacientes ao seu cuidado e nele próprio, pois veio a falecer de um cancro que tão bem conhecia. Afirmou que o limite, o cancro, entre outros males, constitui um verdadeiro desafio à normalidade.

Consciente da proximidade da morte, declarou: “Sentia-me superior aos ecologistas, porque, para além da natureza, preocupava-me com a natureza que está para lá dos sentidos, para lá do prazer e do sofrimento, a natureza da qualidade e do espírito”. “Descobri muitas coisas, que antes não via, devido à minha anterior vida atarefada”. Finalmente: “a vida é uma espécie de morte lenta e a morte é uma espécie de vida apressada”. (...) Quanto mais morte, menos morte!”²⁴³.

José Cabral refere-se à natureza metafísica da existência, ultrapassando os estreitos limites da vida biológica. Desta forma, vemos como a “qualidade de vida” não se mede

²³⁹ Cf. MAGALHÃES, Vasco Pinto de, *O Olhar e o Ver*. Coimbra: Tenacitas, 2001³, p. 178.

²⁴⁰ SCOTT PECK, M., *O Caminho Menos Percorrido*. Lisboa: Sinais de Fogo, 1999, p. 143.

²⁴¹ Cf. VILA-CHÃ, João, «A experiência da subjectividade: elementos para uma filosofia da dor...», p. 225.

²⁴² MOODY, R.; ARCANGEL, D., *Vida depois da perda. Como ultrapassar a dor e encontrar a esperança*. Cascais: Pergaminho, 2007, p. 172.

²⁴³ CABRAL, José Maria, *O desafio da normalidade. Impressões do fim da vida*. Lisboa: Rei dos Livros, 1994, pp. 54, 79, 102.

simplesmente pelos parâmetros de ter maior ou menor saúde, maior ou menor sofrimento, maior ou menor esperança de vida. A qualidade de vida, como nos recorda Isabel Renaud, advém do valor e do sentido²⁴⁴ que conferimos à nossa existência.

Esta “qualidade” (de vida) ditou a diferença entre a vida e a morte nos campos de concentração da II Guerra Mundial, como nos recorda Viktor Frankl, prisioneiro de Auschwitz: “só assim se compreende o paradoxo de terem sido não raras vezes os de constituição delicada os que melhor suportavam a vida do campo – muito melhor que os dotados de uma natureza mais robusta”²⁴⁵, mais propícia à acção. E explica como, no seu caso pessoal, o “diálogo” e a comunhão espiritual com a esposa conferiu sentido e motivo para resistir aos horrores do campo de concentração.

No que se refere àqueles que fazem a experiência da morte do próximo, diremos que a “amputação” subjectiva do outro, associada ao seu carácter insubstituível, exige “o reconhecimento implícito da riqueza que se apagou na morte”²⁴⁶. Uma vida humana plena, pautada pelo risco e pelo compromisso, terá inevitavelmente o preço da dor e da alegria, do encontro e da despedida, pois o amor que nos salva também nos crucifica²⁴⁷.

Há como que uma força, desconhecida da razão, que emerge no contacto com a fragilidade humana. Como nos confidencia uma médica oncologista, a força da ternura “nasce da nossa impotência científica e por isso ficamos para segurar a mão de quem precisa. Depois de tudo, o essencial encontra-se na ternura de um olhar ou no calor de uma mão. (...) Junto do misterioso umbral as pessoas não querem técnica, querem presença humana, querem alguém que as conforte perante as incertezas de irem nascer outra vez. «Não tenha medo, eu fico junto de si esta noite». E sem falar fica-se presente”²⁴⁸.

C.S. Lewis refere-se ao sofrimento como uma dádiva divina, em ordem ao crescimento no amor, “o megafone de Deus para despertar um mundo surdo. Pensamos que os nossos brinquedos infantis nos dão toda a felicidade que existe, e que o mundo é o

²⁴⁴ Cf. RENAUD, Isabel, «A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida?». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 7 (2009), p. 91ss.

²⁴⁵ FRANKL, Viktor, *Um psicólogo no campo de concentração*. Lisboa: Nova Vega, 2005, p. 53.

²⁴⁶ RENAUD, Michel, «Antropologia da morte», p. 297.

²⁴⁷ Cf. GIBRAN, Kalil, *O Profeta*. Braga: Apostolado da Oração, 1978, p. 19.

²⁴⁸ TEIXEIRA, Maria Margarida, «O Encontro na Esperança». In: *Cadernos de Bioética*. 30 (2002), p. 98.

nosso quarto de crianças. Mas algo tem de nos fazer sair do nosso quarto de crianças... para o mundo dos outros. E esse algo é o sofrimento”²⁴⁹.

Sofrer e amar constitui o melhor caminho para sairmos de nós próprios, colocando o centro de gravidade não em nós, mas no outro. Este exercício da trans-cendência, prepara-nos para o encontro com o Outro, com a totalidade da existência que sempre aponta para um mais Além de nós mesmos.

5. Síntese conclusiva

Vimos como a educação para a morte pode contribuir para uma nova *ars moriendi*, no sentido de re-socializar a morte e o luto, trabalhando estas temáticas no meio hospitalar, escolar e da comunicação social.

O apoio às pessoas enlutadas passa pela comunicação, a capacidade de colocar-se no lugar do outro numa relação empática, pelo exercício da escuta atenta, procurando desenvolver as competências necessárias em ordem a uma boa elaboração do luto. Os grupos de entajuda poderão desempenhar um papel fundamental pela identificação recíproca de todos os seus elementos.

O objectivo de toda e qualquer relação de ajuda consiste na procura de sentido para a dor e o sofrimento, emergindo esta a partir do sujeito que sofre, auxiliado pelo papel do cuidador profissional ou não.

No panorama actual, assiste-se a um movimento discreto, mas persistente, que procura re-socializar o tema bioético da morte e do luto, com uma presença mais constante nos órgãos de comunicação social, nos congressos, nas artes e na literatura²⁵⁰.

²⁴⁹ LEWIS, C. S., *Shadowlands. Dois estranhos. Um destino*. Diálogo extraído do filme realizado por Richard Attenborough, nos EUA, em 1994, baseado na história real de amor e perda de C.S. Lewis, cujo luto foi retratado na obra *A Grief Observed*. Termina com estas palavras: “Para quê amar se perder magoa tanto? Já não tenho respostas... só tenho a vida que vivi. Duas vezes na vida tive direito de escolha... Como rapaz... e como homem. O rapaz escolheu a segurança. O homem escolheu o sofrimento. *A dor agora... faz parte da felicidade de então*. A situação é essa”. O sublinhado é nosso.

²⁵⁰ Ao nível da literatura, vejam-se entre nós, por exemplo, as recentes obras de José Luís Peixoto.

CONCLUSÃO

Como vimos, a perda e o luto fazem parte da condição humana desde o nosso nascimento. Ao “optarmos” pela vida extra-uterina, deixamos para trás outra forma de existência sem, contudo, nos tornarmos mais pobres, sendo este impulso vital, movido pela esperança, a condição de toda a nossa riqueza.

Com o contributo de John Bowlby e Colin Parkes, percebemos que todos os lutos da idade adulta são determinados, não apenas por factores externos, mas, sobretudo, pela qualidade e segurança infundidas pela figura de vinculação. Este laço vincutivo incondicional permanece eternamente, na vida dos pais e dos filhos, sobretudo na vida das mães, daí a singularidade do seu luto.

Assim, enquanto uma vinculação segura favorece uma boa elaboração do luto, a vinculação insegura potencia, no futuro, a manifestação do luto perturbado. O reconhecimento desta determinante, associada à complexidade e instabilidade do mundo contemporâneo, deveria consciencializar-nos da importância da prevenção do luto perturbado através da maior atenção e intervenção precoce junto das crianças com vínculos inseguros, seja no meio familiar seja no meio escolar. Para além da necessária reparação ou reforço do vínculo nas situações referidas, importa, ainda, promover a sadia educação para a morte, a perda e o luto desde a infância.

Confirmámos, através dos estudos de Vanessa Cunha, como a demasiada protecção das crianças e jovens face à realidade da perda e do luto, ao invés de proteger fragiliza ainda mais, dificultando a expressão saudável do pesar e do luto.

A tendência actual em dificultar o confronto com a realidade da morte priva o ser humano da saudável *meditatio mortis*, da reflexão sobre a morte e o significado último da existência, numa palavra, daquela maturidade e grandeza humanas que o sofrimento infunde no rosto e no olhar de quem se descobre limitado. E porque limitado, investido de maior responsabilidade e maturidade na administração do tempo vivido.

A maior intolerância à frustração e ao sofrimento, associados ao luto, favorece a narcotização da angústia pela toma indiscriminada de substâncias adictivas como o álcool, as drogas, os ansiolíticos e antidepressivos, podendo desembocar no absentismo laboral ou

na desintegração e marginalização do seio familiar. Esta propensão, nas sociedades ocidentais, para a medicalização do sofrimento a todo o custo, priva o ser humano de um dos mais poderosos meios para a interrogação sobre o “para quê” da existência humana. Há necessidade de resgatar o sofrimento e o luto e conceder-lhe um lugar no espaço público, assumindo cada um o seu próprio sofrimento e as interrogações que este suscita e dispondo-se a compadecer-se, de forma solidária, com o sofrimento dos outros.

Desta forma, o sofrimento, suscitado pela morte e o luto, converter-se-ão em lugar de encontro e humanização nas relações humanas e não em desencontro e fuga da realidade. Sendo o luto um caminho solitário, este torna-se mais ameno se a pessoa enlutada encontrar espaço para verbalizar e ser acolhida na sua dor.

A crescente privação, no espaço público, dos sinais e ritos associados ao luto, contribui para a manifestação sempre crescente dos lutos atípicos, que importa identificar e prevenir numa saudável reeducação para a morte, devendo esta estender-se a todas as faixas etárias. Deste modo, poderíamos falar de uma bioética da morte, visto que a morte constitui a última etapa da vida, que importa identificar e dignificar mediante a educação para os valores, como fonte de mudança dos comportamentos e atitudes.

Num mundo que faz a apologia da técnica, do conforto e do consumo, associados à “felicidade”, importa realçar o valor terapêutico, em situações de luto, da gratuidade do ouvir e ser ouvido, do tocar e ser tocado, do amar e ser amado. Assim como todo o organismo se mobiliza para cicatrizar uma ferida, de modo idêntico, toda a comunidade humana deve mobilizar-se, socorrendo-se de todos os recursos, no sentido de conter e paliar a dor sofrida pela morte de uma pessoa significativa.

Face à ocultação do sofrimento e do luto, associados à doença e à morte, há que resgatar o sentido da responsabilidade e da compaixão face ao sofrimento humano, pois este apresenta-se como interpelação e desafio ético à nossa humanidade.

Desta forma, os cuidados paliativos apresentam-se como uma resposta integral às necessidades do homem na eminência da morte, favorecendo uma morte “viva”, porque vivida com a maior consciência possível, seja da parte daquele que morre seja da parte daquele que faz o luto, aceitando a morte e a perda como o ponto final de uma vida plena de sentido.

Este sentido último da vida adquire-se não apenas no final de uma existência, mas no confronto quotidiano com a doença, a desilusão e a contrariedade, apresentando-se estas como a antecipação do limite extremo que é a morte. Há que destronar a ideia ilusória da sociedade de bem-estar sem limites e da onipotência científica, reintegrando na existência os limites próprios da condição humana.

É desta lição última que nos fala o velho professor Morrie, sofrendo de Esclerose Lateral Amiotrófica, ao despedir-se do seu aluno: “Enquanto nos pudermos amar uns aos outros, e recordar o sentimento de amor que tivemos, podemos morrer sem partir de facto. Todo o amor que tiveres criado estará ainda ali. Todas as memórias ainda estão ali. Continuas a viver, nos corações de toda a gente que tiveres tocado e acarinhado enquanto aqui estiveste. (...) A morte acaba com uma vida, não com uma relação”²⁵¹.

A rehumanização da morte e do luto pressupõe o reencontro com a humildade, reconhecendo que os pacientes e os moribundos são, muitas vezes, os nossos mestres, pois há uma luz que se desprende do seu olhar, uma sabedoria que provém do fim dos tempos, um crepúsculo que clama pela Eternidade.

E porque a dor e a alegria constituem as verdadeiras fontes da vida, permiti-me que conclua, com as expressões lapidares de Santa Clara e São Francisco de Assis, nos seus últimos dias: *Louvado sejas pela Irmã Vida! Louvado sejas pela Irmã Morte!*

²⁵¹ ALBOM, Mitch, *As terças com Morrie*. Lisboa: Sinais de Fogo, 1997, p. 201.

BIBLIOGRAFIA

LIVROS

- AA.VV., *Na Curva do Caminho. Testemunhos de Pais.* Sintra: A Nossa Âncora, 2005.
- ALBISETTI, Valerio, *Como atravessar o sofrimento e sair dele mais forte.* Lisboa: Paulinas, 2009.
- ABIVEN, Maurice (Dir.), *Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos.* Loures: Lusociência, 2001².
- ALBOM, Mitch, *As terças com Morrie.* Lisboa: Sinais de Fogo, 1997.
- ARAÚJO, Ana Cristina, *A morte em Lisboa. Atitudes e representações 1700-1830.* Lisboa: Notícias, 1997.
- ARIÈS, Philippe, *O homem perante a morte. T. II,* Lisboa: Europa-América, 1989.
- Sobre a História da morte no Ocidente desde a Idade Média.* Lisboa: Teorema, 2010⁴.
- BAPTISTA, Inês de Barros, *Morrer é só não ser visto. Falar do luto de coração aberto.* Lisboa: Planeta, 2009.

- BARBOSA, A.; NETO, I. G. (Dir.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética / Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.
- BERMEJO, José Carlos, *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. Madrid: San Pablo, 2003.
- Sufrimiento y exclusión desde la fe*. Maliaño: Sal Terrae, 2005.
- Mi ser querido tiene Alzheimer*. Maliaño: Sal Terrae, 2010.
- Estoy en duelo*. Madrid: PPC, 2010⁷.
- BISCAIA, Jorge, *Ao encontro da ternura*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Tenacitas, 2001³.
- Perder para encontrar*. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2003.
- Quando a dor é um convite*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2010.
- BOBIN, Christian, *Ressuscitar*. Coimbra: Tenacitas, 2006.
- BRAZELTON, T.; CRAMER, B., *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar, 2004⁴.
- BOWLBY, John, *Apego e Perda*. T. I, *Apego. A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 2002³.

- Apego e Perda. T. III, Perda. Tristeza e Depressão.* São Paulo: Martins Fontes, 2004³.
- CABRAL, José Maria, *O Desafio da Normalidade. Impressões do Fim da Vida.* Lisboa: Rei dos Livros, 1994.
- CARVALHO, Ana Sofia (Dir.), *Bioética e Vulnerabilidade.* Coimbra: Almedina, 2008.
- COELHO, António Matias (Dir), *Atitudes perante a morte.* Coimbra: Livraria Minerva, 1991.
- DEITS, Bob, *A Vida depois da Perda.* Mem Martins: Vida Editores, 2001.
- DUNN, Judy, *Angústia e bem estar na criança.* Lisboa: Moraes Editores, 1979.
- FEIJÓ, Rui G., et al. *A Morte no Portugal Contemporâneo. Aproximações Sociológicas, Literárias e Históricas.* Lisboa: Querco, 1985.
- FRANKL, Viktor, *Um psicólogo no campo de concentração.* Lisboa: Nova Vega, 2005.
- FREITAS, Alfredo Vieira de, *Impressões de uma viagem à América.* Santa Cruz: Câmara Municipal de Santa Cruz (Madeira), 2009.
- GAMEIRO, Aires, *Novos horizontes da viuvez.* Lisboa: Paulistas, 1988.

- GARCÍA, Sara Martín, *Eu abortei. Testemunhos Reais de Abortos Provocados*. Estoril: Principia, 2007.
- GEA, Alfons, *Acompañando en la pérdida*. Madrid: San Pablo, 2007.
- GIBRAN, Kalil, *O Profeta*. Braga: Apostolado da Oração, 1978.
- GRANJA, Ana, *Sem Ti, Inês*. Alfragide: Caderno, 2010.
- HERRERA, Susana, *Lágrimas de vida*. Salamanca: Sígueme, 2006.
- HOWARTH, G.; LEAMAN, O., *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 2000⁸.
- LEWIS, C. S., *Dor [A Grief Observed]*. Lisboa: Grifo, 1997.
- LUÍS, Dulce Neli Oliveira, *Diálogo sem palavras. Relação afectiva e o Processo Educativo*. Câmara de Lobos: Grafimadeira, 2008.
- MÉZERAC, Isabelle de, *Um Filho para a Eternidade*. Estoril: Principia, 2006.
- MAGALHÃES, Vasco Pinto de, *O Olhar e o Ver*. Coimbra: Tenacitas, 2001³.

- MARIE DE HENNEZEL, *A arte de morrer*. Lisboa: Casa das Letras, 2001³.
- Diálogo com a morte*. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2005⁶.
- Nós não nos despedimos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2008.
- MARKHAM, Ursula, *Luto. Esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora, 2000.
- MENDONÇA, Duarte, *Da Madeira a New Bedford. Um capítulo ignorado da emigração portuguesa nos Estados Unidos da América*. Funchal: DRAC, 2007.
- MONBOURQUETTE, J.; L.-R., *El tiempo precioso del final. Aprender a morir*. Maliaño: Sal Terrae, 2005.
- MONBOURQUETTE, Jean, *Crescer: amar, perder e crescer. A arte de transformar uma perda em ganho*. Lisboa: Paulinas, 2006.
- MOODY, R.; ARCANGEL, D., *Vida depois da perda. Como ultrapassar a dor e encontrar a esperança*. Cascais: Edições Pergaminho, 2007.
- NETO, Isabel Galriça, *A Dignidade e o Sentido da Vida. Uma Reflexão sobre a nossa Existência*. Cascais: Pergaminho, 2004.

- PANGRAZZI, Arnaldo, *Conviver com a perda de uma pessoa querida*. Lisboa: Paulinas, 1999.
- El suicidio. De la rendición a la lucha por la vida*. Madrid: San Pablo, 2005.
- Vivir el ocaso. Miedo, necesidades y esperanzas frente a la muerte*. Madrid: PPC, 2007.
- PARKES; Colin Murray, et al. (Dir), *Morte e Luto através das Culturas*. Lisboa: Climepsi, 2003.
- PARKES, Colin Murray, *Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.
- Amor e Perda. As raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus, 2009.
- PECK, M. Scott, *O Caminho Menos Percorrido*. Lisboa: Sinais de Fogo, 1999.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Dir.), *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola / Centro Universitário São Camilo, 2006³.
- POCINHO, Margarida Dias, *A música na relação mãe-bebé*. Lisboa: Instituto Piaget, 2007².
- PONTES, Maria Manuela, *Pacto de Silêncio. Maternidades Fugazes*. Porto: Papiro, 2008.

- Maternidade Interrompida. O Drama da Perda Gestacional.* São Paulo: Ágora, 2009.
- REBELO, José Eduardo, *Desatar o nó do luto.* Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2006².
- Amor, luto e solidão.* Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2009.
- SÁNCHEZ, Ezequiel, *La relación de ayuda en el duelo.* Maliaño: Sal Terrae, 2001.
- SANTOS, Joaquim, *Estrelas que voam para os Céus. Aceitar os desígnios de Deus.* Leiria: Inforletra, 2007.
- STRECHT, Pedro, *Uma luz no meio de nós. As crianças e os adolescentes perante a morte.* Lisboa: Assírio e Alvim, 2010.
- TOLSTÓI, Lev, *A morte de Ivan Iliitch.* Lisboa: Relógio d'Água, 2007.
- TWYXCROSS, Robert, *Cuidados Paliativos.* Lisboa: Climepsi, 2003².
- VICENTE, Filipe Neves, *Educação para a morte.* Lisboa: Bertrand, 2008.
- WORDEN, William, *Terapia do Luto. Um manual para o profissional de saúde mental.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998².
- Dicionário da Língua Portuguesa.* Porto: Porto Editora, 1979⁵.

ARTIGOS

- ANDREWS, , Ian, «Pornografia da morte». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 412 s.
- BARBOSA, António, «Luto». In: BARBOSA, António – NETO, Isabel Galriça (Dir.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética / Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, pp. 379-395.
- BISCAIA, Jorge, «(Con)viver com a morte». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 11 (2010), pp. 207-218.
- CLARK, Valerie, «Adolescência». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 6-9.
- CUNHA, Vanessa, «A morte do outro. Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte». In: *Sociologia, Problemáticas e Práticas*. 31 (1999), pp. 103-128.
- DESPELDER, L.; STRICKLAND, A., «Morte dos progenitores». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 363-365.
- HOWARTH, Glennys, «Aborto espontâneo». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 2-3.

- «Arquitectura». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 33-36.
- «Caixões». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 71-72.
- «Mortalha». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 357-358.
- KOVÁCS, Júlia Maria, «Educação para a morte». In: *Psicologia, Ciência e Profissão*. 25 (2005), pp. 484-497.
- LEAMAN, Olivier, «Atitudes das crianças perante a morte». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 142-144.
- MARIE DE HENNEZEL, «O papel do psicólogo». In: ABIVEN, Maurice (Dir.), *Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência, 2001², pp. 133-168.
- MENDONÇA, Nélio, «A dimensão trinitária da condição humana: coparentalidade e filiação». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 3 (2007), pp. 281-304.

- «O regresso do filho». In: *Diário de Bordo*. Dezembro (2009), p. 4.
- PADRÃO, Isaltina, «Desenhos animados iludem morte». In: *Diário de Notícias*. Lisboa: 18 de Janeiro 2004, pp. 18-19.
- PARKES, Colin Murray, «Ajuda aos agonizantes e indivíduos de luto». In: PARKES, C.; LAUNGANI, P.; YOUNG, B., *Morte e Luto através das Culturas*. Lisboa: Climepsi, 2003, pp. 239-252.
- PEREIRA, José Luís, «Gestão da dor oncológica». In: BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça (Dir.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética / Fac. de Medicina de Lisboa, 2006, pp. 61-113.
- PESSINI, Leo, «A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica». In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L (Dir.), *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola / Centro Universitário São Camilo, 2006³, pp. 181-208.
- PIRES, Emília, «O bailado dos sentimentos». In: AA.VV., *Na Curva do Caminho. Testemunhos de Pais*. Sintra: A Nossa Âncora, 2005, pp. 19-45.
- RAPOSO, João, «O cuidar e o morrer». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 31 (2003), pp. 91-108.

- REBELO, José Eduardo, «Importância da entreatada no apoio a pais em luto». In: *Análise Psicológica*. (2005), 4 (XXIII), pp. 373-380.
- «Viver o luto: a morte dos próximos (pais e filhos)». In: *O Fim da Vida. Actas das Segundas Jornadas de Bioética: Funchal 2007*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia/UCP, 2007, pp. 155-171.
- RENAUD, Michel, «Antropologia da morte». In: CARVALHO, Ana Sofia (Dir.), *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina, 2008, pp. 293-307.
- RENAUD, Isabel, «A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida?». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 7 (2009), pp. 81-94.
- RICHERS, Gordon, «Auto-ajuda». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 51-53.
- ROCAMORA, Alejandro, «El duelo como patología vincular». In: BERMEJO, José Carlos (Dir.), *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. Madrid: San Pablo, 2003, pp. 65-90.
- RODRIGUES, Clara, «O que Perdi... o que Espero». In: AA.VV., *Na Curva do Caminho. Testemunhos de Pais*. Sintra: A Nossa Âncora, 2005, pp. 115-140.

- RUGG, Julie, «Cemitérios». In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. (Dir.), *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Quimera, 2004, pp. 97-99.
- TEIXEIRA, Maria Margarida, «O Encontro na Esperança». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 30 (2002), pp. 97-99.
- VILA-CHÃ, João, «A experiência da subjectividade: elementos para uma filosofia da dor e do sofrimento». In: CARVALHO, Ana Sofia (Dir.), *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina, 2008, pp. 219-242.
- YOUNG, B.; PAPADATOU, D., «Infância, morte e luto através das culturas». In: PARKES, C.; LAUNGANI, P.; YOUNG, B., *Morte e Luto através das Culturas*. Lisboa: Climepsi, 2003, pp. 221-237.