

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA RELIGIÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA RELIGIÃO**

Joelson Bruno Dias Oliveira

**Espiritualidade, sentido e resiliência:
aproximações no campo da saúde integral e da finitude**

**Juiz de Fora
2019**

Joelson Bruno Dias Oliveira

**Espiritualidade, sentido e resiliência:
aproximações no campo da saúde integral e da finitude**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciência da Religião. Área de concentração: Religião, cultura e sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Regina Correa Lages

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Joelson Bruno Dias.

Espiritualidade, sentido e resiliência : aproximações no campo da saúde integral e da finitude / Joelson Bruno Dias Oliveira. -- 2019. 102 f.

Orientadora: Sônia Regina Correa Lages

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciência da Religião, 2019.

1. Espiritualidade. 2. Sentido. 3. Resiliência. 4. Saúde. I. Lages, Sônia Regina Correa, orient. II. Título.

Joelson Bruno Dias Oliveira

**Espiritualidade, sentido e resiliência:
aproximações no campo da saúde integral e da finitude**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciência da Religião. Área de concentração: Religião, sociedade e cultura.

Defendida em 07 de Fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Sônia Regina Correa Lages
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Emerson José Sena da Silveira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Thiago Antônio Avellar de Aquino
Universidade Federal da Paraíba

Dedico à Nanda e Analu,
por serem a expressão mais cristalina do amor
e da pureza
e se doarem tanto a mim, mesmo de tão
longe...

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu refúgio diário, que me ouve, me conhece, e mesmo assim me ama.

Aos meus pais, Joel e Gisa, por serem exemplo e sempre terem acreditado em mim.

Aos meus pais de consideração, Eder e Damaris, que me amaram sem que eu percebesse, e me acolheram, sem que eu merecesse.

Às minhas sobrinhas, Maria Fernanda e Ana Luísa, fontes de inspiração do meu caminhar.

Aos professores do PPCIR pelo empenho e estímulo que nos contagia em querer crescer sempre mais.

À minha orientadora, Dra. Sônia Regina Correa Lages, pela dedicação, compreensão e por ter me apresentado mais a fundo Viktor Frankl.

Aos profs. Dr. Emerson José Sena da Silveira e Dr. Thiago Antônio Avellar de Aquino por terem aceito meu convite para avaliarem meu trabalho e compartilharem conhecimento e sabedoria. Gratidão!

À UFJF, por me proporcionar a realização de um sonho, de ser o primeiro pós-graduado de minha família.

Ao Prof. Dr. Edson Fernando de Almeida, pela amizade, incentivo, e ser minha maior inspiração.

Aos meus amigos capelães Valéria Henriques, Suzani Louzada, Washington Campello, Ezia Louzada, Mírian Rhamnúsia, Dejair Peixoto, Odenício Júnior, por serem companheiros há mais de 12 anos na atuação da capelania hospitalar.

Aos meus colegas de turma, pela caminhada, parceria e amizade.

Ao Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer por me formar na melhor escola que a vida pode proporcionar.

Aos amigos mais que especiais Francisco, Joelma, Silvana, Sandra, Lohane, Daiara, Jakler, Cintia, por serem meu socorro em dias de tempestade.

Aos meus pacientes, que ao longo de 12 anos tem me ensinado sobre a vida, sobre a morte, tem me inspirado a ser alguém melhor.

Meu respeito, gratidão, mesmo para aqueles que já se foram. A partida de vocês, a luta destemida, deu sentido à minha vida. Este trabalho é por vocês!

“O que esperamos nós quando estamos
desesperados, e mesmo assim procuramos
alguém? Esperamos, certamente, uma presença
por meio da qual nos é dito que o sentido ainda
existe”
{Martin Buber}

RESUMO

Saúde e doença são temas que os indivíduos se depararão ao longo da existência. A enfermidade sempre leva a refletir sobre a vida, e muitas vezes sobre o final da vida, quando a finitude se apresenta como um fato incontestável. Some-se a isso as angústias que sempre visitam o paciente em dor. Se entende, aqui, que a resiliência é um processo que não depende de um só aspecto, entretanto, satisfeitas as estruturas necessárias, a espiritualidade e a concepção de sentido, aí existente, podem assumir um papel de gatilho para seu desenvolvimento, descortinando sentidos, e assim, proporcionando uma melhor promoção da saúde e enfrentamento da morte. A pesquisa se baseia em uma revisão bibliográfica, buscando referências dos campos da saúde e ciências, de uma forma geral, sobre os temas apresentados. A conclusão a que se chega é que a espiritualidade e a busca por sentido na existência, têm a capacidade de contribuir no desenvolvimento de atitudes resilientes diante das adversidades da vida, conferindo novas significações à existência.

Palavras-chave: Espiritualidade. Sentido. Resiliência. Saúde.

ABSTRACT

Health and disease are themes that individuals will encounter throughout life. Illness always leads to reflection on life, and often on the end of life, when finitude presents itself as an incontestable fact. Add to this the anguish that always visits the patient in pain. It is understood here that resilience is a process that does not depend on a single aspect; however, if the necessary structures are satisfied, spirituality and the conception of meaning existing there may play a trigger role for its development, revealing senses, and thus, providing better health promotion and coping with death. The research is based on a bibliographical review, looking for references of the fields of health and sciences, in general, on the presented themes. The conclusion reached is that spirituality and the search for meaning in existence have the capacity to contribute to the development of resilient attitudes in the face of life's adversities, giving new meanings to existence.

Keywords: Spirituality. Sense. Resilience. Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – ESPIRITUALIDADE, SENTIDO E A BUSCA HUMANA	16
1.1 – Doenças noogênicas.....	20
1.2 – Os caminhos para o sentido	24
1.3 – Sentido e finitude	29
1.4 – Tanatologia e Logoterapia	35
CAPÍTULO 2 – RESILIÊNCIA E ENFRENTAMENTO	54
2.1 – Primeira e segunda gerações.....	56
2.2 – Fatores de proteção e de risco.....	60
2.3 – Coping e Coping religioso/espiritual	63
CAPÍTULO 3 – NOVO OLHAR: ESPIRITUALIDADE, SENTIDO E RESILIÊNCIA COMO ELEMENTOS DA SAÚDE	69
3.1 – Saúde como ausência de doenças	71
3.2 – Saúde como sentido	74
3.3 – Saúde como enfrentamento.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERENCIAS	93

INTRODUÇÃO

Em uma viagem de trem, para acesso à plataforma de embarque é necessário que se tenha em mãos a passagem comprada que dá ao portador o direito de embarcar, seja qual for seu destino. Para qualquer um que queira acompanhar o passageiro até a plataforma, não possuindo a passagem, é necessário adquirir um bilhete de plataforma. Este dá direito ao indivíduo de ir até o embarque acompanhar o viajante, e após sua partida, volta para a cidade, sua rotina, sua vida. Inspirado neste contexto, o Dr. Derek Doyle (2015) escreveu o livro *Bilhete de Plataforma* onde, em sua vivência nos cuidados paliativos, relata histórias verdadeiras que mostram como os pacientes ensinam sobre a vida e a morte em um momento tão pungente. Acompanhar pessoas que empreenderão uma viagem, uma partida, até o último momento; investir em um bilhete que permite acompanhar seu trajeto de despedida; e após a partida ter forças para voltar, e quem sabe acompanhar outros que passarão por esta mesma plataforma, outras vidas, mas com o mesmo destino. Este é o trabalho que desenvolvo como capelão¹ titular desde o ano de 2007 no Hospital do Câncer IV, unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA). A atuação, atendendo pacientes, coordenando e treinando a equipe de capelania, e como professor do instituto em cursos e eventos ligados ao Ministério da Saúde no tema espiritualidade e saúde, me trouxeram interesse na temática ao longo desses anos e resultou nesse trabalho.

O Hospital do Câncer IV (INCA HC-IV) está localizado no Rio de Janeiro, no bairro de Vila Isabel. Esta é a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O INCA é um órgão do Ministério da Saúde e atua com ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. O Instituto possui algumas unidades, e entre elas está o HC-IV, hospital integralmente de cuidados paliativos, responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes do Instituto portadores de câncer avançado, sem possibilidades de cura. A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e capelães. O hospital conta com estrutura para consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, internação e serviço de pronto atendimento. Além da assistência aos pacientes e cuidadores, o HC-IV promove formação e treinamentos de

¹ Capelania hospitalar é um órgão subordinado à direção do hospital e tem como finalidade prestar suporte espiritual aos pacientes, complementando o atendimento integral previsto pela Organização Mundial de Saúde que preconiza suporte biopsicossocial e espiritual. Por muito tempo este trabalho esteve baseado em abordagens proselitistas, mas vive um novo momento onde o convencimento religioso não é o foco, mas sim a assistência espiritual independente da religião professada pelo paciente ou da ausência dela.

profissionais na área de cuidados paliativos. Esta unidade foi a terceira, ligada ao Ministério da Saúde, a receber a certificação internacional de acreditação pela *Joint Commission International*, devido a qualidade dos serviços oferecidos. Neste hospital o setor de Capelania, responsável pelo suporte espiritual, é considerado como parte integrante da equipe de saúde, participando de rounds, reuniões clínicas e científicas, e ministrando aulas aos residentes do instituto, além de atender os pacientes sob demanda dos demais profissionais de saúde, ou mesmo partindo de uma demanda espontânea. Somos a primeira capelania do Brasil a evoluir no prontuário dos pacientes.

Os cuidados paliativos são definidos pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes, e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Requer intervenção precoce para avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.² Nesse estágio o foco deixa de ser a doença que o doente tem e passa a ser o doente que tem a doença. O tratamento curativo cessou e os esforços são concentrados no alívio dos sintomas e qualidade de vida dos pacientes.

Acompanhar as pessoas até o fim, mesmo sabendo que esse processo nos acarretará lutos e perdas, mas nos empoderará de vida e esperança, é um desafio diário. Se a vida se restringisse apenas às questões orgânicas, se viver não fosse mais do que um mero existir, talvez se pudesse ver o tempo como uma obrigação a se cumprir. Mas há sentido na vida, “a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte.”³ É preciso que a vida se transubstancie em significado. Acolher as surpresas, descortinar os sentidos, fazem a vida ser composta como uma sinfonia, repleta de pausas, acentos, idas e vindas que dão sentido no final, ao se tocar o último acorde.

São grandes as angústias que com frequência visitam o paciente em dor. A insegurança trazida pelas diversas visões religiosas do pós-morte cria um verdadeiro nó na forma de pensar dos sujeitos, alimentando medos e temores. O paciente, ao se deparar com a própria finitude, é convidado diariamente à supressão instantânea da sua intimidade, a encarar seu próprio processo do morrer, que traz sempre consigo reflexões sobre a vida que viveu, e a vida que vai deixar de viver. A elaboração dessas reflexões pode ser tornar, em muitos momentos, angustiante para o paciente, mas em tantos outros momentos, libertadora. Nessa elaboração

² Cf. Carvalho RT, Parsons HF, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a edição ampl. atual. Porto Alegre: Sulina; 2012.

³ Referência à canção “Comida” composta e entoada pela banda de rock brasileira Titãs.

diversas variáveis encontram lugar. A espiritualidade e as crenças religiosas são algumas delas. Neste percurso da angústia à libertação, diante das adversidades, sobretudo no enfrentamento da enfermidade e proximidade da finitude, atitudes resilientes tem o papel de amaciar a travessia, amenizando os efeitos ameaçadores implícitos no processo. Portanto, se torna cada vez mais necessário o estudo da resiliência, sobretudo atrelada as questões de saúde.

Como afirma Walsh (2005, p. 42) “Os sistemas de crenças são forças poderosas na resiliência.” Entretanto, o campo da ciência da religião ainda pesquisa pouco o tema. Este trabalho buscar colaborar no preenchimento de uma lacuna no estudo da resiliência, sobretudo focando os pilares da religiosidade e espiritualidade. Por ser realizado no programa de pós-graduação em ciência da religião o resultado esperado é uma maior aproximação das ciências e promoção de integração necessária no estudo da resiliência, pois mesmo que vários autores reconheçam a importância desses aspectos, poucos se ativeram a aprofundar no tema, como se mostrará a seguir.

A espiritualidade é aqui apresentada como esse caminho no descortinar de sentidos para a existência humana, propiciando gatilhos para a resiliência, sobretudo nos momentos de dor, nas travessias dos vales sombrios da doença e da morte. Desta forma pretende-se contribuir para a área médica, ao apontar e aprofundar em um caminho reconhecido, mas ainda não explorado como se deveria; para a ciência da religião, por se perceber parte integrante de um processo, até agora desenvolvido quase que exclusivamente pela psicologia e demais áreas médicas; e para a sociedade, visto que esse entendimento maior de como a espiritualidade e crenças religiosas contribuem para o processo de resiliência é um ganho para todos aqueles que são acometidos pelas adversidades.

A resiliência é um tema recente dentro da ciência da religião. Observa-se um crescimento constante, na comunidade científica, do interesse em assuntos relacionados à ciência e à fé. A tentativa é de buscar compreender como a espiritualidade auxilia na superação das adversidades e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Entender os fatores que interferem na saúde e bem-estar, tanto de forma positiva como negativa, é primordial pra sociedade contemporânea. Entretanto, apesar do exposto interesse de algumas ciências em aprofundar no tema, a ciência da religião, sobretudo na temática da espiritualidade e resiliência atreladas à saúde, pouco desenvolveu sua atenção.

Acredita-se, neste trabalho, que a espiritualidade, e a concepção de sentido, ai existente, são recursos importantes no desenvolvimento da resiliência. A investigação da relação dessa tríade é o objetivo deste trabalho, tendo-os como elementos no desenvolvimento da saúde integral. Para isso pretende-se articular os conceitos de espiritualidade, sentido e

resiliência diante dos eventos estressores; aprofundar na compreensão da busca de sentido como recurso utilizado no contexto da saúde/doença; o conceito de resiliência aplicada no mesmo contexto; além de investigar a importância da espiritualidade como pilar da resiliência.

Apesar da aposta de diversos estudiosos pelo fim da religião, pelo menos como ela sempre foi expressada e vivenciada, é notório como as religiões, e sobretudo a busca espiritual, tem se desenvolvido cada vez mais nas sociedades. Pesquisas atuais se debruçam, diante deste fato, à uma análise profunda da influência da religiosidade e espiritualidade nos sujeitos. Susana Rocca Larrosa (2007) acredita que a convicção de um “outro” que compreende e acolhe, tem a capacidade de auxiliar os sujeitos a superar as situações adversas e promover atitudes resilientes.

A pergunta pelo por quê na pessoa religiosa frequentemente é dirigida também a Deus. Brota naturalmente do contato com o sofrimento inocente e leva à busca de uma resposta. [...] A fé, vivida com confiança em um Deus presente e força que ajuda a superar o sofrimento, parece ser uma chave no desenvolvimento das capacidades de resiliência. Daí as implicações para o contexto religioso, lugar privilegiado para acompanhar esse processo, desafiando os estudiosos e a comunidade de fé a redimensionar com esta ótica tantos recursos pessoais e comunitários que podem ser oferecidos por meio das celebrações, dos variados serviços, práticas e atividades religiosas. (ROCCA LARROSA, 2007, p. 10)

A metodologia utilizada na realização deste trabalho se baseou em uma revisão bibliográfica, colhendo referências nas áreas de saúde, da teologia, da filosofia e das ciências, de uma forma geral. Os dados foram colhidos através de revistas, periódicos, dissertações, teses e livros para uma compreensão que abranja um campo teórico, e experiência prática contida na literatura, relativas à dimensão saúde/doença e finitude humana. Devido sua vasta e profunda obra na temática do sentido, Viktor Frankl será um teórico utilizado neste trabalho de forma central, através de seus apontamentos na Logoterapia. Mesmo que, neste trabalho o objeto seja a dimensão da saúde e não em um contexto de campo de concentração, como experienciado por Frankl, suas contribuições quanto às questões extremas da vida, são de grande importância para aprofundamento do tema. No campo da resiliência nomes como Rutter e Pargament serão explorados associando aos objetivos propostos.

No primeiro capítulo deste trabalho foram abordados os temas espiritualidade e sentido. Será apresentada a visão de alguns autores que compreendem os termos espiritualidade e religiosidade como expressões de uma mesma coisa, e outros que os distingue. Nesse contexto o tema da fé surgirá na discussão, não atrelada a uma pertença religiosa apenas, mas à existência, de uma forma mais ampla. As doenças provenientes do espírito, denominadas

noogênicas, serão também um tema deste capítulo, e conseqüentemente, quem mais desenvolveu teorias sobre estas, Viktor Frankl, será um guia, tanto para estas reflexões, como para as relacionadas ao tema do sentido. Aprofundaremos nos caminhos apresentados pelo autor na busca de sentidos e como essas reflexões cooperam no lidar com a enfermidade e finitude humana. Por fim, o capítulo será encerrado com um diálogo entre a tanatologia e logoterapia, onde as teorias de Elisabeth Kübler-Ross e Viktor Frankl, respectivamente, serão aprofundadas e correlacionadas, buscando-se pontos em comum. Essa abordagem se torna necessária, visto que, como afirma Lily Pincus:

Pensar e falar sobre a morte não é necessariamente mórbido; muito ao contrário. A ignorância e o medo da morte pairam como uma sombra sobre a vida, enquanto o reconhecimento e a aceitação da morte removem essa sombra e tornam a vida mais leve de temores e ansiedades. Quanto mais plena e rica é a experiência de vida de uma pessoa, menos a morte parece preocupá-la – como se o amor pela vida expulsasse o medo da morte. [...] Nesse sentido, a educação para a morte é a educação para a vida, e deveria ser um tópico essencial em toda educação nas escolas, nas universidades e na mídia. (PINCUS, 1989, p. 217)

No segundo capítulo foi abordada a temática da resiliência, apresentando as primeiras e segundas gerações de estudiosos que se debruçaram sobre o tema e os fatores de proteção e de risco, abordagens primordiais para se compreender a resiliência. Procurar-se-á, nesse momento, iniciar uma aproximação deste tema com a espiritualidade e sentido, encontrando possíveis gatilhos, influências e relações entre as mesmas diante de eventos estressores. O capítulo será encerrado com uma abordagem dos conceitos de *coping* e *coping* religioso/espiritual, visto que são temas sempre estudados quando se aprofunda, em um escopo mais amplo, a resiliência. Uma diferenciação será realizada entre os conceitos e se procurará demonstrar a contribuição desta abordagem para o contexto da saúde.

No último capítulo foi proposto um novo olhar sobre a saúde, onde a espiritualidade, o sentido e a resiliência, são partes integrantes. Dentro desta redefinição se demonstrará como historicamente a saúde foi associada à ausência de doenças e as conseqüências atuais dessa definição. Por fim, será apontado como o conceito moderno da saúde deve estar atrelado ao conceito de sentido e enfrentamento, estando subentendido aqui a resiliência e *coping*, desenvolvidos no capítulo anterior.

A apresentação deste trabalho, para além de uma contribuição científica, é fruto de uma vivência provocativa que apenas as questões relacionadas à vida e à morte, são capazes de promover. Não somente as teorias, mas as experiências como as de Viktor Frankl e Elisabeth

Kübler-Ross, inspiram seus leitores e apreciadores à uma dedicação em entender e aprofundar nos temas como uma missão, visto ser capaz reverberar nas vidas daqueles que encaram a própria finitude e pensam em desistir diante do sofrimento, pois estes mesmos autores viveram aquilo que teorizaram.

CAPÍTULO 1 – ESPIRITUALIDADE, SENTIDO E A BUSCA HUMANA

No processo de adoecimento e enfrentamento da finitude, posturas resilientes podem ser observadas, tendo como gatilho⁴ os elos e sentidos, descobertos como elementos intrínsecos da espiritualidade. Conhecido pesquisador do tema religiosidade e saúde, Harold Koenig (2012) apresenta a religião como um sistema de crenças e práticas que são vivenciadas dentro de uma comunidade, marcada por ritos, que são importantes para a manutenção e reconhecimento daquele grupo e para comunicação ou ligação com o sagrado. Ali há um conjunto de leis, doutrinas e regras que ditam os comportamentos e explicam as razões de ser daquela comunidade. Em suas palavras “a religião costuma oferecer um código moral de conduta que é aceito por todos os membros da comunidade que tentam aderir a esse código.” (KOENIG, 2012, p. 11) A religião, então, é caracterizada por seu aspecto organizacional e doutrinal.

Já Amatuzzi (2015) relaciona o termo com sentido. Ele acredita que esse *religare*⁵, essa “re-ligação” se inaugura no reencontro de um significado básico para a vida (com referência, portanto, a um todo), mas não necessariamente com a postulação de um Deus nos moldes das religiões monoteístas. Ele enfatiza isso, pois até os sistemas atéísticos, ao perceberem o significado da vida em algum contexto mais amplo, também podem ser classificados como “re-ligações,” e desta forma, cumprirem uma função de um sistema religioso.

O conceito de espiritualidade, por sua vez, está longe de ser consenso entre os estudiosos. Enquanto alguns atrelam os conceitos de espiritualidade e religião em um só, sob a alegação de que eles desempenham a mesma função, outros autores diferenciam os conceitos, destacando aspectos peculiares em cada um. Koenig (2012) defende que, para fins clínicos, área de estudos do autor, não deve haver objeção em se utilizar uma gama maior de conceituações sobre espiritualidade. É preciso levar em conta o que o paciente entende sobre espiritualidade, buscando compreender os elementos espirituais que o ajudam no lidar com a enfermidade. Koenig afirma:

No tratamento de pacientes, não é necessário definir espiritualidade de forma tão rigorosa como na condução de pesquisa científica. Em contextos clínicos, é mais útil definir espiritualidade da forma mais ampla possível, para que todos os pacientes tenham a oportunidade de ter suas necessidades espirituais

⁴ Como gatilho aqui, se entende um elemento ou evento que incita uma sucessão de acontecimentos.

⁵ *Religare*, termo latim de onde é originada a palavra “Religião”, e tem como significado “Re-ligar”

satisfeitas. [...] Acredito que o objetivo geral do clínico é encontrar um terreno comum com todos os pacientes, e isso significa não tentar mudar crenças, mas, em vez disso, tentar apoiar crenças que ajudem o paciente a enfrentar a doença. O uso da espiritualidade em sua definição mais ampla, portanto, faz sentido na prática clínica. (KOENIG, 2012, p. 18)

O filósofo francês Luc Ferry (2012a) propõe uma compreensão da espiritualidade para além do religioso. Se distanciando de imposições dogmáticas, Ferry apresenta a possibilidade da espiritualidade laica, que mesmo com esse afastamento é capaz, segundo ele, de resguardar a herança espiritual no que diz respeito à valorização do transcendente, à ideia de sagrado, e acima de tudo do amor, destas mesmas tradições. Todos esses elementos ganham, para o autor, uma interpretação laica e secularizada, que perpassa uma simples aplicação religiosa. A possibilidade de significar a própria vida, de salvar-se do desespero e da angústia, consequências naturais de uma vida sem sentido, passa não mais pelo auxílio divino, mas pela filosofia. (FERRY, 2012b)

As concepções ético-religiosas e as visões tradicionais do mundo caducaram. O homem moderno, para Ferry, se vê diante do questionamento do que esperar se não há mais respostas prontas dadas pelas estruturas institucionais, que sempre monopolizaram as verdades absolutas. Ao longo de suas obras, Ferry (2008; 2012a; 2012b) busca trabalhar essa questão com a ideia de uma espiritualidade sem Deus, centrada no homem e em sua liberdade. Nesse movimento de secularização Ferry afirma a transcendência do amor, além da construção da ideia de homem-Deus. (FERRY, 2012b) Ao mudar sua relação com o transcendente, o ser humano também muda “a questão do sentido da vida [...] pois, a partir dali, seria o amor profano – e não mais o amor a Deus – a dar à existência dos indivíduos a sua significação mais manifesta.” (FERRY, 2010, p. 111)

Giovanetti (2005) indica a dificuldade de se definir o que é espiritualidade, mas que, para ele, não tem relação com algo transcendente ou uma realidade superior. Apresentando a espiritualidade arreligiosa, argumenta que ela independe do cultivo da religiosidade, e se manifesta na busca de valores profundos que regem o ser humano. A espiritualidade está, em Giovanetti, para além da religião. É possível, assim, desenvolver uma espiritualidade mesmo que não se tenha uma religião expressa ou praticada. Questões religiosas podem compor os elementos da espiritualidade de um indivíduo, mas não monopolizar seus esforços. Se cairia, desta forma, em uma espécie de espiritualidade vertical, focada apenas nos elementos que dizem respeito ao sagrado, e não levam em consideração a horizontalidade da espiritualidade.

Essa horizontalidade, nem sempre observada, leva Leão a acreditar que a abordagem da espiritualidade deve ser bem mais ampla. Ela diz que:

Envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus) e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida – que reflete crenças, valores, estilos de vida e interações com o “eu”, os outros e a natureza), sendo que este último não implica qualquer referência a conteúdo especificamente religioso. (LEÃO, 2008, p. 258)

Nessa perspectiva, pensar na espiritualidade levando em consideração apenas um dos eixos descritos, pode levar à uma vivência atrofiada, de acordo como o indivíduo lida com as questões da fé, que não é só no sagrado, mas sempre remete à vida, às relações e ao sentido. A concepção de espiritualidade como elo passa pelas conexões aqui implícitas, e não apenas, exclusivamente, à uma pertença religiosa ou seguimento de dogmas recebidos. Pessini (2008) defende que a espiritualidade é uma construção formada por fé e sentido. Em suas palavras:

O elemento “fé” está frequentemente associado à religião e às crenças religiosas, ao passo que o componente “sentido” parece ser um conceito mais universal, que pode existir tanto em pessoas que seguem uma determinada religião como nas que não tem nenhuma referência religiosa. (PESSINI, 2008, p. 48)

Esses conceitos podem, na realidade, estarem mais entrelaçados do que aparentam. Pensar em fé nem sempre é se remeter a uma confissão religiosa ou à uma fé institucionalizada. Da mesma forma não se pode falar de um sentido universalizante, e, sendo assim, muitos podem encontra-lo em uma participação religiosa formal. Fowler (1992) acredita que a fé está vinculada com a força espiritual e à busca por um sentido maior. Segundo ele, a fé tem relação com a vivência existencial. Ele apresenta os seguintes estágios de desenvolvimento da fé:

1. Fé primitiva – Que envolve as primeiras relações de confiança da criança com o meio.
2. Fé intuitiva – Relacionada à imaginação, às histórias contadas, ao simbólico.
3. Fé mística literal – Envolve o pensamento lógico com as categorias de causalidade, tempo-espço e a possibilidade de colocar-se no lugar do outro.
4. Fé sintética (Convencional) – Presente na adolescência, na busca da identidade e por uma solidariedade dentro do grupo de pertença.
5. Fé individualizadora e reflexiva – Na fase adulta, faz parte de um sistema social, apresentando um senso de responsabilidade e um estilo de vida.
6. Fé conjuntiva – O tempo de existência permite múltiplas interpretações da realidade, incluindo o paradoxo, o símbolo, a história, o mito e a metáfora.

7. Fé universalista – Traz o sentido de ser um só com o poder da sua existência, e seria o principal estágio da fé.

E o que é esse sentido, buscado pelo indivíduo, seja em seu caminhar pelas ruelas da fé, ou da busca mística percorrendo as avenidas de pensamentos e experiências relatadas ao longo da história? Rubem Alves assim define:

O sentido da vida é algo que se experimenta emocionalmente, sem que se saiba explicar ou justificar... É uma transformação de nossa visão de mundo, na qual as coisas se integram como em uma melodia, o que nos faz sentir reconciliados com o universo ao nosso redor, possuídos por um sentimento oceânico, [...] sensação inefável de eternidade e infinitude, de comunhão com algo que nos transcende, envolve e embala, como se fosse um útero materno de dimensões cósmicas. (ALVES, 2005, p. 120)

A experiência do sentido, da sua busca ou falta dele, acompanha o ser humano nas mais diversas fases de sua vida. Monteiro (2008) apresenta uma reflexão bem importante: “Antigamente costumavam-se perguntar ao doente: ‘Que está lhe faltando?’, hoje a pergunta é: ‘Que o senhor sente?’. Talvez, se tivéssemos mantido a primeira pergunta, o eixo saúde-doença estivesse em melhor condição.” (MONTEIRO, 2008, p. 68) Talvez não seja da morte que as pessoas tenham medo. Talvez o medo venha de outra coisa mais trágica e assustadora, a saber, o medo de nunca ter vivido. Quando não se vê um sentido, resta apenas a mera existência. Entretanto, existir por existir pode ser insuportável. A proximidade da morte traz à tona a vida. A vida que se viveu e a vida que se deixou de viver.⁶

Para Frankl, negar o sentido é cair no niilismo. “Todo o niilismo se caracteriza pelo ceticismo em relação ao sentido, ceticismo esse, acompanhado de um relativismo quanto aos valores.” (FRANKL, 1978, p. 261) Sendo assim, o niilismo é a negação de sentido. O valor e o sentido são aplicados às circunstâncias no momento em que são tomados em favor de algo maior, por amor a alguém ou a um sacrifício. Curioso se dar conta que as coisas tem mais valor quando se relacionam ao sacrifício. É isso que Frankl parece ter em mente ao afirmar que “o que sacrifica dá sentido ao sacrifício sentido, valor, preço. Dar sentido quer dizer entregar-se.

⁶ No livro “A última carta do Tenente” é relatada a história do submarino nuclear russo Kursk onde cento e dezoito marinheiros ficaram presos quando o submarino afundou no mar de Barents, no norte da antiga União Soviética. Quando os primeiros mergulhadores chegaram à carcaça do submarino todos os tripulantes já estavam mortos. Após abrirem uma “janela” no casco, os mergulhadores depararam-se com quatro corpos. No bolso do uniforme de um deles foi encontrada uma carta que, ao contrário do que se esperava, não relatava o acidente, mas era dedicada à sua esposa. Em um dos trechos, quando pensa na própria morte, o marinheiro escreve: “Sinto a morte se aproximar, mas não é dela que tenho medo. O medo que sinto agora é da vida que vivi e da vida que deixei de viver.”

Não é o que eu guardo comigo que retém valor; é o que eu sacrifico que adquire valor.” (FRANKL, 1978, p. 263)

Essa mesma visão também é adotada por Lukas (1992) que acredita que quando um sacrifício tem motivação egocêntrica, dedicado a alguma vantagem pessoal, tende a ser prejudicial, visto que os sofrimentos resultantes de fraqueza interior favorecem até mesmo o surgimento de doenças e diminuem a força de resistência do indivíduo. Entretanto os sacrifícios que se originam no sentido, à realização de algum valor significativo, fornecem ao sofredor condições de amadurecer. De outra forma, diz Frankl, “o sacrifício é capaz de dotar de sentido até a morte, enquanto o instinto de conservação, por exemplo, não consegue sequer dar um sentido à vida.” (FRANKL, 1978, p. 245)

1.1 – Doenças noogênicas

Viktor Frankl (1997), médico, psiquiatra e neurologista, que foi sobrevivente de quatro campos de concentração nazistas durante a segunda guerra mundial, entre eles Auschwitz⁷, o mais conhecido deles, desenvolve como ninguém o tema do sentido. Em sua trajetória acadêmica se dedicou à psicanálise, e em seguida à psicologia individual. Posteriormente Frankl se afastou ao ser instigado pelo pensamento fenomenológico e existencialista, muito influenciado pela fenomenologia dos valores de Max Scheler⁸. Da experiência vivida nos campos de concentração, Frankl constata que a existência humana, até mesmo em sua forma mais sofrida e dolorosa, clama por um sentido. Essa temática, Frankl já havia trabalhado antes mesmo dessa experiência traumática nas mãos dos nazistas, mas apenas após o holocausto suas teorias ganharam reconhecimento e interesse significativos por parte da psicologia. Após viver nos campos de concentração, conclui que o sentido da vida era o segredo da força de alguns homens e mulheres, enquanto outros, privados de uma razão para suportar o sofrimento exterior, eram afligidos por um opressor interno, mais tirano que Hitler, a saber, o sentimento de viver na futilidade absurda.

⁷ Auschwitz é uma rede de campos de concentração localizados no sul da Polônia operados pelo Terceiro Reich e colaboracionistas nas áreas polonesas anexadas pela Alemanha Nazista, maior símbolo do Holocausto perpetrado pelo nazismo durante a Segunda Guerra Mundial.

⁸ Max Ferdinand Scheler foi um filósofo alemão, conhecido por seu trabalho sobre fenomenologia, ética e antropologia filosófica, bem como por sua contribuição à filosofia dos valores. A obra de Scheler aborda grande variedade de conhecimentos, como biologia, psicologia, sociologia, teoria do conhecimento, metafísica e filosofia da religião.

Essa descoberta, feita antes mesmo dos campos de concentração, foi trazida por Frankl para a academia e ele a transformou em um conceito científico: o de doenças noogênicas⁹, ou seja, provenientes do espírito. Não que o espírito adoça, mas sim essas doenças veem de um sofrimento espiritual que surge da perda do sentido da vida. O ser humano, para Frankl (2005), pode suportar tudo, menos a falta de sentido. Em suas palavras, “o homem revela-se como um ser em busca de um sentido. O esvaziamento dessa busca explicita muitos males de nosso tempo.” (FRANKL, 2005, p. 15) Frankl (1997) apresenta à academia a Logoterapia, do grego, *logos*, que pode ser entendido como sentido ou espírito. A logoterapia é tida como a terapia baseada na motivação humana para a liberdade e do encontro de sentido, a vontade de sentido, especificamente do sentido concreto de cada momento da vida. (MONTEIRO; HOLANDA, 2010)

Considerada como a terceira escola vienense de psicoterapia, depois da psicanálise de Freud e a psicologia individual de Adler, a logoterapia embasa a vontade do sentido como a sede existencial do ser humano, e o sentido concreto de cada vivência como motivação primária da existência, onde o indivíduo é provocado a vivenciar a si próprio, a experienciar a si mesmo, sendo ele o único capaz de descobrir sentidos em sua vida. (FRANKL, 1989) O sentido é uma condição ontológica e não uma criação cultural, daí a formulação do ser humano como *homo patiens*,¹⁰ tão cara para a logoterapia, visto que o ser cumpre sua condição ontológica para realização de sentido, mesmo diante do sofrimento ou do fracasso.

A busca desse sentido de caráter objetivo funda-se no mundo, não no indivíduo, e constitui o fim último de toda a atividade que envolve a existência humana. (PEREIRA, 2007) O sentido simplesmente existe e é preciso encontrá-lo, pois apesar de ser universal em seu valor, é individual em seu conteúdo. “O sentido não é moldado pela mente, mas a mente pelo sentido.” (MOREIRA; HOLANDA, 2010, p. 347) O indivíduo não inventa o sentido da vida, mas cada um é impelido pelo sentido da própria vida, sendo assim, ele não pode ser dado ou criado, deve ser encontrado. “E nessa busca o homem é orientado pela consciência. Em uma palavra, a consciência é o órgão do sentido, é a capacidade de descobrir o sentido único e irreprodutível que se esconde em cada situação.” (FRANKL, 1978, p. 19) Logoterapeuticamente falando, o

⁹ Doenças de cunho espiritual. As neuroses noogênicas ou noógenas são sempre de cunho espiritual e se baseiam em conflitos da sua existência onde as frustrações existenciais desempenham um papel central.

¹⁰ O ser humano é um ser que sofre, o que revela que a existência humana, em última instância, é uma paixão, que a quintessência do homem consiste em ser uma pessoa que sofre, um *homo patiens*.

que o ser humano busca não é a felicidade em si, mas uma razão para ser feliz. Sobre a importância de Frankl e da logoterapia para a psicoterapia, Moreira e Holanda afirmam:

Se Copérnico ousou retirar a Terra do centro das órbitas planetárias e Kant ousou retirar o objeto do conhecimento do centro mesmo da epistemologia, pode-se afirmar que Frankl livrou a psicoterapia do introspectivismo, desconstruindo a noção de uma autorrealização solipsista do centro das motivações primárias do ser humano. A questão não deveria ser “o que eu ainda devo esperar da vida”, porém, “o que a vida espera de mim”. Kierkegaard utiliza a seguinte metáfora para relacionar o esforço humano na busca da felicidade: a porta da felicidade abre-se “para fora”, ou seja, ela fecha-se exatamente para quem tenta empurrá-la para dentro; já Frankl, a partir de sua experiência nos campos de concentração, foi mais longe, apontando para uma dimensão que só Deus pode mensurar, na fidelidade ao sentido da existência, à missão do ser humano sobre a face da terra. (MOREIRA; HOLANDA, 2010, p. 345)

Frankl (1992b) acreditava que o ser humano uma unidade na multiplicidade, e era composto de três dimensões principais: somática, que diz respeito ao corpo, ao qual a medicina se dedica com toda sua visão biológica; psicológica, que compreende os desejos inconscientes, pulsões, condicionamentos e instintos; e espiritual, dimensão onde os seres humanos se constituem, segundo o autor, como um diferencial sobre os demais seres. (FRANKL, 1992b) Segundo Scheler (2003) desde o pensamento grego a noção de espírito era voltada à ideia de *logos*, palavra que, como dito anteriormente, também pode ser traduzida como espírito. Essa dimensão, para o autor, não tem conotação religiosa, surge do cerne da existência humana e é concebida como a mais elevada, visto que é a que dá ao ser humano seu caráter existencial, e conseqüentemente, sua humanidade. Essa é a dimensão da vivência da liberdade e da responsabilidade, sendo assim, falar da dimensão espiritual significa falar do ser-responsável e do ser humano consciente de sua responsabilidade. (FRANKL, 2016)

O autor diferencia a experiência religiosa da dimensão espiritual, sendo a primeira como uma das manifestações da dimensão noética¹¹. (FRANKL, 2016) Essa dimensão influencia a capacidade de decisão, visto que os indivíduos passam a agir, não exclusivamente condicionados pelos fatores psicológicos, mas também por sua espiritualidade. Para Frankl o anímico¹² se dá factualmente, entretanto a dimensão noética se apresenta facultativamente como uma escolha autêntica. (FRANKL, 2011; 2012) Scheler, entretanto, ressalta a relação entre o

¹¹ Como conceito filosófico, em linhas gerais define a dimensão espiritual do homem.

¹² Diz respeito ao psíquico.

anímico e o espiritual, ao defender que o espírito não possui nenhuma força em si mesmo, sendo assim, necessita do impulso anímico que é dotado de mais poder a partir das forças das pulsões e instintos, para que a dimensão espiritual possa agir. (SCHELER, 2003) Neto, a respeito dessa dimensão noética, afirma:

O caráter espiritual é o elemento que permite o desdobramento de sentido, caracterizando o ser humano enquanto possibilidade, se diferenciando de tudo o que o determina, o espírito ressalta a capacidade humana de transcender a toda cadeia determinante, a todo meio que condiciona, possibilitando que o homem espiritual torne tudo alvo de ação para si, inclusive sua própria natureza anímica. (NETO, 2013, p. 224)

A dimensão noética abre possibilidade para se falar sobre os sentidos e valores, visto que a o espiritual, enquanto marco ontológico da terapia do *logos*, é também o objeto sobre o qual ela se direciona no campo psicológico. Para melhor compreensão da proposta logoterápica é necessário esclarecer os fundamentos epistemológicos e conceito de espírito da logoterapia, afim de entender a visão do ser humano como ente espiritual. Compreender os significados e implicações da dimensão noética se torna primordial no embasamento da logoterapia e entendimento do pensamento frankliano, além de indispensável para atuação logoterapêutica. Frankl introduz na psicoterapia a luta pela humanização acrescentando o conceito de espírito, trazendo um legado essencial para abordagem do sentido da vida. O criador da logoterapia facilita uma melhor compreensão dos problemas psicológicos em tempos pós-modernos, em que o nihilismo atinge cada vez mais a afetividade com sérias consequências para a saúde física, psíquica e espiritual.

A logoterapia se estabelece no desvendamento das experiências imediatas com base na motivação humana para o encontro do sentido da vida. Para Frankl ela parte “do” espiritual, enquanto a análise existencial parte “para” o espiritual, ou seja, enquanto a análise existencial foca a luta do ser humano pelo sentido, a logoteoria, que fundamenta a logoterapia, busca proporcionar o saber necessário para uma leitura de mundo partindo dos seus conceitos fundamentais. (FRANKL, 1978) A dimensão espiritual, sendo assim, se mostra como uma dimensão não determinada, mas determinante para a existência. Uma das características da dimensão espiritual é a autotranscendência, onde aqui significa que partindo da intencionalidade o sujeito é lançado para algo fora de si mesmo.

Viktor Frankl defende ainda que “quanto à inegável transitoriedade da vida, a logoterapia afirma que isso realmente só aplica-se com relação às possibilidades de dar um sentido, às oportunidades de criar, de experienciar, de sofrer com sentido pleno.” (FRANKL,

2005, p. 108) Aqui, o desejo de sentido, é o que permite seguir em frente. A mensagem que Frankl transmite é de que os transtornos mentais não se originam no sofrimento, mas no significado que damos a ele e na postura diante do mesmo.

1.2 – Os caminhos para o sentido

Viktor Frankl (1997) acredita que o sentido é descoberto em nossa existência por três caminhos: Criação, que tem a ver com a capacidade de fazer arte, escrever, etc; a experiência afetiva transcendental, que está relacionada com a interação interpessoal e a vivência de sensações; e o terceiro se refere aos valores de atitude e a capacidade de superar o sofrimento. Como diz o filósofo brasileiro Oswaldo Giacóia Jr. (2007), “o insuportável não é só a dor, mas a falta de sentido da dor, mas ainda, a dor da falta de sentido.”¹³

A logoterapia é constituída por três pilares: Liberdade da vontade, vontade de sentido e sentido da vida. A liberdade é intrínseca ao ser humano. Seus condicionamentos biopsicossociais não determinam inteiramente suas atitudes, apesar do indivíduo não estar livre deles. Ele é livre para se posicionar diante deles. (FRANKL, 2005) Por mais que não possa mudar uma situação, como por exemplo, estar em um hospital, padecer de uma enfermidade, ou estar em um campo de concentração, como foi o caso de Frankl, ainda assim é possível decidir como reagir diante dessas mesmas circunstâncias. É exatamente isso que Frankl chama de liberdade da vontade. Vale ressaltar que a liberdade sempre vem acompanhada da responsabilidade. A liberdade pode se corromper em uma mera arbitrariedade se não for vivida com responsabilidade. A responsabilidade é precisamente a capacidade humana de dar respostas à vida e assumir aquilo que decidimos e fazemos. (FRANKL, 1997)

A vontade de sentido é o segundo pilar da logoterapia. Esta seria a busca humana por um sentido na vida, que para Frankl é um interesse primário do ser humano (FRANKL, 2005) Neste ponto Frankl se distancia de Adler e Freud, visto que, este conceito se opõe à vontade de poder¹⁴ e à vontade de prazer¹⁵, defendidas por Adler e Freud respectivamente. (FRANKL, 2011) O ser humano necessita de tensões capazes de o mover do ser ao que deve ser; do ser

¹³ Citação acessível na internet em <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0103200708.htm>>, 2007.

¹⁴ Relacionada à busca da perfeição e do bem-estar coletivo. A busca pela pessoa da realização de todo o seu potencial, rumo à perfeição, caracteriza a vontade de evolução ou vontade de perfeição.

¹⁵ Relacionada à busca do prazer imediato. É equilibrada pela realidade, onde nem tudo que se deseja é possível e/ou conveniente. A busca do prazer dentro das limitações da pessoa caracteriza a vontade de felicidade, onde a pessoa busca o prazer da satisfação de suas necessidades, naquilo que está ao seu alcance.

humano ao sentido que ele deve realizar. Essas tensões não são objetos de procura, mas consequências de uma outra busca. Ou seja, o indivíduo não vive em busca de tensões, mas sim, em realizações que confirmam sentido à sua existência.

Como dizem as propagandas televisivas de nosso tempo, o amor à dor é coisa dos poetas. Quem tem dor toma analgésico. A tensão não é buscada como objetivo primário, mas o ser humano está sempre à procura de realizações que tragam sentido. (FRANKL, 2005) Frankl defende que a busca pelo poder ou prazer são auto anulativas. Em outras palavras, quando mais se persegue o alvo, mas distante ele fica, neste caso, prazer ou poder. “É exatamente a busca ansiosa da felicidade que impede a felicidade. Quanto mais a fazemos objeto de nossos esforços, mais seguramente erramos o alvo.” (FRANKL, 2005, p. 37) A felicidade, o prazer, não devem ser objetivos da vida, mas são consequências de uma vida que é vivida com sentido.

A logoterapia defende que a vontade de poder e prazer são derivações da vontade de sentido. O poder, bem mais do que um fim em si mesmo, é, na verdade, um meio para se alcançar um fim. (FRANKL, 2011) Da mesma forma, o prazer não é apenas uma finalidade básica dos esforços humanos, mas um efeito da realização de sentido. Dito de outra forma, o poder pode ser um meio para se alcançar o fim, a saber, o sentido da vida, enquanto que a felicidade é uma consequência de se alcançar esse mesmo fim, de se realizar o sentido. É o que Frankl chama de efeito colateral da autotranscendência. (FRANKL, 1997)

O vácuo existencial surge quando a vontade de sentido é frustrada, trazendo um sentimento de falta, de vazio interior. (FRANKL, 1997; 2005) Esse vácuo pode ser encoberto por várias formas de compensação, seja pela vontade de poder, na forma de uma ganância financeira, vontade de dinheiro ou de prazer. (FRANKL, 1997) O autor esclarece que vácuo existencial não é uma doença, além do que, não é preciso estar com alguma patologia para sofrer a falta de sentido. Uma pessoa com um quadro considerado natural, em termos biopsicossociais, pode viver uma frustração existencial. (FRANKL, 2012) Entretanto é possível que esse quadro leve à uma neurose noogênica, adoecimento originado a partir da dimensão nooética. Dito de outra forma, embora não necessariamente o vácuo existencial seja causado por um elemento patológico, ele pode gerar sim, como consequência, uma reação patológica, pois para Frankl, é potencialmente patogênico. (FRANKL, 1997) Nessa relação de causas e consequências, por exemplo, Frankl, usando o tema da depressão, afirma que

nem todo caso de depressão pode ser atribuído a um sentimento de falta de sentido. Tampouco o suicídio — a que a depressão às vezes leva a pessoa — sempre é resultado de um vazio existencial. Contudo, mesmo que todo e qualquer caso de suicídio não tenha sido levado a cabo por causa de um

sentimento de falta de sentido, é bem possível que o impulso de tirar a vida tivesse sido superado se a pessoa tivesse estado consciente de algum sentido e propósito pelos quais valesse a pena viver. (FRANKL, 1997, p. 165).

O sentido da vida, terceiro pilar da logoterapia, está relacionado à atribuição de um significado para o indivíduo. A flexibilidade é sua marca, pois pode mudar de acordo com a pessoa ou com a situação vivida. Frankl afirma que “não pode haver algo como um sentido universal da vida, mas apenas os sentidos únicos das situações individuais.” (FRANKL, 2011, p. 73) Ainda, para Frankl, esses sentidos são tidos como valores, que ele classifica em três categorias: Valores de criação, valores de experiência e valores de atitude. (FRANKL, 1997, 2011) Estes também são apresentados como os três caminhos pelos quais o indivíduo pode descortinar sentidos. Os valores de criação estão na capacidade de criar, de produzir, capacidade criativa dos sujeitos. Diz respeito àquilo que o indivíduo oferece ao mundo. Não se trata apenas de um trabalho ou de um ato em si, mas do sentido que o indivíduo dá a esse trabalho ou ação no contexto específico. Sendo assim, não se trata no que ou no quanto o ser humano cria, mas em como se cria. (FRANK, 2005)

Valores de experiência, ou vivência, se dão na experimentação de algo, ou no encontro com outro indivíduo, nas relações interpessoais. Nesse ponto, se refere ao que o indivíduo recebe do mundo. Pode ser experimentado a bondade, a beleza, a natureza, ou até mesmo outro ser humano, na forma de uma relação transcendental. (FRANKL, 1997) O indivíduo pode encontrar sentido em uma relação, recebendo de outro ser humano ou da natureza, elementos que descortinem potências antes imperceptíveis em seu contexto de vida.

Valores de atitude, se manifestam nas decisões que tomamos diante do sofrimento inevitável, “quando nos vemos numa situação sem esperança, na qualidade de vítimas sem nenhuma ajuda, mesmo quando enfrentamos um destino que não pode ser mudado.” (FRANKL, 2005, p. 33) Nesse caso o sentido está na forma como se lida com o sofrimento. Se a vida tem um sentido, como defende Frankl, e o sofrimento faz parte da vida, também nele há um sentido. Nos valores de atitude, aqui apresentados, o sofrimento descortina a tríade trágica do ser humano: dor, culpa e morte. Nas palavras de Frankl “não há um único ser humano que possa dizer que jamais sofreu, que jamais falhou e que não morrerá.” (FRANKL, 2011, p. 94) O caminho não é negar o sofrimento, ao contrário, reafirmá-lo, resignificá-lo, “dar testemunho do potencial, unicamente humano, que, em sua forma mais alta, deve transformar uma tragédia em um triunfo pessoal, deve mudar a situação difícil em que o indivíduo está em um sucesso humano.” (FRANKL, 2005, p. 33) Rodrigues e Caroso (1998) afirmam:

No plano que nomeamos abstrato, o sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, digamos, abstratos - no sentido de cognitivos - determinantes para que a pessoa 'sofredora' construa sua identidade social, desde a qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros. Neste sentido, o discurso sobre o sofrimento evoca significados desde 'força' e 'fraqueza', vulnerabilidade e determinação, medo e coragem; desperta, assim, emoções positivas e negativas tanto no 'sofredor' quanto em seus interlocutores. (RODRIGUÊS; CAROSO, 1998, p. 139)

Nesse ponto não se deve confundir os valores atitudinais com um autoflagelo ou desejo de sofrer. Ao contrário, eles oferecem o sentido mais elevado pois não dependem da vitória ou derrota, perpassando essa polaridade. Eles são uma afirmação de que é possível encontrar sentido mesmo diante de um destino imutável. (FRANKL, 2005, 2012) O sentido pode ser encontrado a despeito do contexto que se vive, pois está acessível a qualquer um, e isso independe da idade, educação, crença religiosa ou falta dela, e até mesmo momento na vida. “Se, de fato, há sentido para a vida, esse sentido é incondicional, e nem mesmo a morte ou o sofrimento podem retirar sua validade.” (FRANKL, 2011, p. 193) Esse valor nunca está atrelado à utilidade do indivíduo, muito menos à sua capacidade de compreensão. Embora, em muitos momentos, pareça difícil de percebê-lo, o sentido não deixa de estar presente.

Dar atenção ao inescutado grito por um sentido para vida precisa ser uma pré-condição daquele que se dispõe a ouvir um outro indivíduo numa atitude psicoterápica, pois, se o homem se revela como um ser em busca de sentido, o esvaziamento dessa busca invariavelmente descortina muitos males do nosso tempo. É com essa convicção que Frankl diz que “existe verdadeiramente uma força terapêutica no sentido.” (FRANKL, 2005, p. 20)

Frankl, ao longo das suas obras, faz uma diferenciação entre alguns conceitos, que não podem ser confundidos como expressão de uma mesma coisa. São eles: Sentido na vida, ou em uma determinada situação de vida; sentido da vida; e o sentido do universo. A Logoterapia se concentra na primeira concepção de sentido, ou seja, o sentido na vida. Ocasionalmente ela visita os outros dois conceitos, mas com intenções filosóficas ou analítico-existenciais. É interessante que para Frankl esse sentido é projetado não apenas sobre aquilo que há de vir, sobre a vida futura, mas em muitos casos, a tentativa é de trazer à tona sentidos daquilo que já se experienciou, daquilo que está no passado. A vida nunca é só presente. O ser humano também vivencia e contempla o seu passado, não em forma de um museu petrificado, mas como memória. Em suas palavras:

O homem enquanto vive tem um futuro e um passado; o moribundo não tem futuro no sentido usual, mas apenas um passado. O morto porém, “é” seu

passado. Que ele seja “somente”, sua vida passada não tem importância; afinal, o passado é o modo mais seguro de ser. O passado é exatamente aquilo que não pode mais ser eliminado. (FRANKL, 2005, p. 116)

Ao contrário de muitos estudiosos da relação entre religião e psicologia, Frankl vê a religião como um fator positivo no processo de cura das neuroses. Mesmo que desnecessária para uma vida com sentido, ela pode auxiliar os sujeitos no fortalecimento de diversos aspectos a partir de um sentido de totalidade. A religiosidade, para Frankl (2016), teria uma função de direcionamento do homem para seu sentido último, entretanto, corre o risco de um afastamento de sua função ontológica sempre que os valores, padrões morais e institucionalizações tomam o lugar da relação vivencial do sujeito espiritual com o absoluto. Frankl afirma:

A religiosidade [...] só é genuína quando existencial, quando a pessoa não é impelida para ela, mas se decide por ela. [...] A religiosidade verdadeira, para que seja existencial, deve ser dado o tempo necessário para que possa brotar espontaneamente. (FRANKL, 2016, p. 69).

A opção religiosa autêntica supõe liberdade. Ela é uma linguagem que expressa a relação do Eu com o Tu eterno e se origina na relação espiritual com o absoluto, tomando-o como horizonte. Dito de outra maneira, a espiritualidade seria a dimensão humana que se abre para o mundo. A descoberta da espiritualidade se dá em um movimento do próprio sujeito e não em uma imposição de outros. Diz respeito a uma dimensão mais abrangente da existência humana que não é alcançada pela ciência, mas pela fé que nasce da liberdade, e não por uma imposição cultural. A fé autêntica nasce da liberdade interior e não da obrigação social ou imposição de terceiros.

E é nesse sentido que a espiritualidade e religiosidade se tornam temas sobre os quais a logoterapia se debruça, não se caracterizando como fantasias ou projeções humanas para adocicar as intempéries da existência, mas abrindo-se como uma categoria ontológica da antropologia do pai da logoterapia, que entende a vontade humana não apenas por um sentido concreto, como também por um sentido último, se concretiza na fé religiosa, no suprasentido, numa linguagem logoterápica, na vontade de sentido último, que implicitamente descortina a expressão da religiosidade humana e do direcionamento espiritual para o absoluto. O pensamento de Frankl parece encontrar eco na teologia de Karl Rahner que vê a graça de Deus tocando o ser humano em sua ontologia. Embora, para Rahner, não ser atribuível à natureza humana, o ser humano se constitui como *potentia oboedientialis*, a saber, ele é chamado desde o mais íntimo do seu ser à união com Deus. (RAHNER, 2008, p. 157) O ser humano está

direcionado à transcendência, e isso repercute no seu inconsciente, para a logoterapia. Carrara afirma:

Para Frankl, Jung teve o mérito de descobrir a dimensão religiosa do inconsciente, mas a situou na região instintiva do id, tirando o religioso da responsabilidade do eu. O id, nesse caso, impulsionaria o ser humano ao religioso, sem que lhe fosse exigida uma decisão pessoal. O inconsciente religioso para Frankl apenas existe no ser humano sem que se determine como impulso, pois carrega consigo a exigência da decisão. As imagens religiosas não constituem arquétipos latentes; são, na verdade, recebidas do ambiente cultural-religioso no qual nascemos. As concepções de Deus se encontram presentes nas diversas culturas sem que sejam arquétipos inatos. Nessas concepções o homem expressa sua dimensão espiritual. (CARRARA, 2016, p. 77)

1.3 – Sentido e finitude

Abordar a temática da morte sempre produz sentimentos contraditórios, visto que a surpresa de situações relacionadas à vida e à morte sempre provocaram fascínio e horror. Até meados do século XX o assunto da morte era um tabu, mas com o decorrer dos tempos estudiosos foram se dedicando à compreensão do sentido da morte e do morrer. Existe cada vez mais latente uma necessidade de dar sentido à morte para além da dimensão biológica, abarcando os contextos psicológicos, sociais, culturais, antropológicos, pedagógicos, religiosos e espirituais que recaem sobre ela. Aprender a morrer passa pelo processo de aprender a viver, e a morte e o morrer, são assim, campos de estudo da tanatologia.

Desde muito cedo, e sempre ao longo da existência, se aprende a nascer, crescer, se reproduzir, mas a educação para a morte é desprezada como uma etapa da existência, negando tudo que a envolve, angústia, sofrimento, perda e luto, produzidos pelo processo do morrer. O rompimento de vínculos, de histórias, de relações, vai se concretizando e trazendo à tona a realidade de que tudo passa, descortinando a transitoriedade da vida. De fato, a vida humana está repleta de perdas e lutos, não só diante da morte, como comumente nominamos a perda maior, mas também das pequenas mortes e perdas que nos demandam o enfrentamento de processos de luto no decorrer da vida. Diante da inevitabilidade da morte surge a necessidade de aprender a se tirar sentidos da finitude da vida. Nesses sentidos e recursos a religião surge como uma linguagem que traduz muito das angústias que visitam o indivíduo diante da morte e das agruras da existência. Oliveira e Aquino afirmam:

Dentre os diversos saberes que elencam a religião como objeto de estudo (...), [a religião] sob a ótica da psicologia, proporciona um diálogo fecundo entre esses campos distintos e complementares da realidade humana. Mais especificamente, trata do fenômeno religioso como um aspecto especificamente humano, ou seja, como uma expressão de uma busca de sentido para a vida conforme compreendia Viktor Frankl. (OLIVEIRA; AQUINO, 2014, p. 226)

O fenômeno da morte acarreta uma série de reações nas pessoas, relacionadas, principalmente, à incapacidade humana de representar e lidar com a finitude. Neste sentido a religião e a ciência desempenham um papel essencial na forma como os indivíduos enfrentam a morte. Para aqueles que depositam suas energias em crenças em rituais e doutrinas, esta etapa é tida, na maioria das vezes, como algo transcendente que dá acesso a uma outra dimensão, e esses recursos tem a função de abrandar a angústia do que “vem depois”. Kovács (2003) entende que rituais religiosos podem proporcionar condições para que a morte seja simbolizada, permitindo que o indivíduo se coloque no lugar de quem morreu e passe a lidar gradativamente com a certeza de que o seu dia também chegará. Para os que procuram argumentos na ciência, a busca é por explicações mais concretas e palpáveis para o fenômeno.

Ao pensar na morte, na finitude humana, Frankl acredita que o ser humano entende mal o seu sentido. Em geral ela se apresenta de forma assustadora e nos tornamos surdos às lições advindas dos seus toques suaves. Frankl ilustra da seguinte maneira:

Quando o despertador toca de manhã e desperta-nos de nossos sonhos, sentimos tal fato como se algo de terrível estivesse acontecendo no mundo de nossos sonhos. E ainda presos em nossos sonhos, às vezes, não percebemos (ou pelo menos não de imediato) que o despertador chama-nos para a existência real, nossa existência no mundo real. Mas, nós mortais não agimos de maneira semelhante, quando nos aproximamos da morte? Não nos esquecemos igualmente que a morte desperta-nos para nossa verdadeira realidade? (FRANKL, 2005, p. 117)

Frankl, além de ouvir a voz do sentido na vida, também buscou ouvir a voz do sentido na morte, trazendo-a para seu lugar de integrante da existência humana. A morte se constituiria numa espécie de ultimato da vida, pois lapida a nossa consciência na busca por sentido. “Se a vida não fosse constituída essencialmente por caráter de finitude, o ser humano adiaria *ad infinitum* a sua responsabilidade, procrastinando, por conseguinte, as suas escolhas e, em última instância, destituiria a vida de um sentido.” (AQUINO, 2016, p. 157) Parece ser o que William Breitbart (2008) defende ao constatar, em seu trabalho com pacientes em cuidados paliativos, que o fato do indivíduo reconhecer e encarar a própria morte, assumindo a finitude humana,

pode se constituir em um fator de transformação, pois a atitude de enfrentar a morte, sempre o leva a encarar a vida que foi vivida. O paradoxo desta dinâmica de final de vida é que “através da aceitação da vida que se viveu, surge a aceitação da partida e da morte.” (BREITBART, 2009, p. 212)

Exatamente porque tem consciência de sua própria finitude, é que o ser humano se conscientiza da limitação e transitoriedade. Ademais, esses dois temas são apontados por Frankl (1992) como características essenciais da existência humana. Finitude e temporalidade são, para Frankl, dois elementos ontológicos constitutivos do sentido. A duração de uma vida não é uma condição necessária para a plenitude do sentido, pois a vida não é medida apenas em seu tempo de duração, mas sobretudo, por sua profundidade existencial. A logoterapia não fala a respeito de um significado geral da vida, mas que cada momento contém um significado em si mesmo, específico, e que cabe ao que vive, buscar encontrar qual o significado que esse momento tem, afim de poder ter uma vida sadia e realizada. “O sentido não pode ser dado; antes, tem de ser encontrado.” (FRANKL, 2015, p. 24) Frank diz ainda mais:

Nenhum psiquiatra, nenhum psicoterapeuta – também nenhum logoterapeuta – pode dizer a um paciente qual é o sentido; contudo, pode muito bem afirmar que a vida tem um sentido. Sim, e mais: que este se conserva, sob quaisquer condições e circunstâncias, graças à possibilidade de encontrar um sentido também no sofrimento. [...] A par disso, descobre um sentido nas experiências que vive ou em amar alguém. Mas também descobre, eventualmente, um sentido em uma situação desesperadora com a qual, desamparado, se defronta. (FRANKL, 2015, p. 27)

Parece ser isso que o autor aponta ao denunciar que as teorias atuais sobre a motivação apresentam o homem sempre como um ser que reage a estímulos, ou obedece a seus próprios impulsos, apenas. Para ele essas teorias não contemplam o fato de que, ao contrário de reagir ou simplesmente obedecer, o ser humano responde. Dito de outra forma, responde às questões que a vida lhe impõe e é por essa via que realiza os significados que a vida lhe oferece. (FRANKL, 2005)

A *Economist Intelligence Unit* (EIU)¹⁶ apresenta o ranking de qualidade de morte levando em consideração 80 países ao redor no mundo. O Brasil ocupa a 42ª posição. Não apenas pensar a morte, mas um investimento maior para que o morrer ocorra com mais

¹⁶ Cf. Economist Intelligence Unit. The quality of death: ranking end-of-life care across the world: [Internet]. [London]: The Economist Intelligence Unit; 2010 [acesso em 2017 jan. 17]. Disponível em: <http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>.

serenidade é uma urgência em nosso país. Refletir sobre o processo do morrer, sobre aquilo que está presente nessa travessia, é uma necessidade, levando em consideração a integralidade do indivíduo. A morte não é uma hipótese, mas uma verdade incontestável.

Em seu estudo sobre a perspectiva da morte na logoterapia, Pacciolla (2016) defende que na concepção logoterápica, a morte pertence à vida. Desta forma, dar sentido à vida também implica dar um sentido à morte. Em suas palavras:

A logoterapia, ainda que considerando a morte um fato existencial e ainda que ajudando o paciente a enfrentá-la, a interpretá-la e dar-lhe um significado e a integrá-la em sua própria vida, e ainda que não se comprometa com nenhuma perspectiva metafísica ou religiosa particular, considera que o significado da morte é paralelo ao da vida: só pode dar um sentido à morte se se dá também à vida. Portanto, para a logoterapia, o significado da morte tem uma dimensão muito pessoal: da mesma forma que é único e irrepetível o significado que cada pessoa dá a sua vida, o mesmo se tem que dizer da morte. (PACCIOLLA, 2016, p. 149)

O autor argumenta que, invariavelmente, uma coisa é consequência da outra. Ou seja, se o paciente vive uma vida com significado, não é sempre necessário tratar o significado da morte de forma explícita. A forma como o indivíduo desenvolve sentidos durante a vida tende a contribuir para um enfrentamento da morte com mais significado. “Os latinos afirmavam: *‘Si vis pacem para bellum’*¹⁷. Freud, parafraseando este provérbio, disse: *‘Si vis vitam para mortem’*¹⁸. Para a logoterapia poderia seguir dizendo: ‘Se queres encontrar o significado da morte, encontra antes o significado da vida.’” (PACCIOLLA, 2016, p. 150)

Aqui o significado da vida não se resume em “como se vive”, mas também em “como se morre”. Mesmo diante da morte, com a proximidade do fim, é possível encontrar e dar sentido à vida. Frankl afirma que “quando não temos mais condição de mudar uma situação – pensemos numa doença incurável, um câncer que não pode ser operado – então somos estimulados a mudar a nós mesmos.” (FRANKL, 2005, p. 42) Pacciolla, nessa linha, afirma:

O homem se coloca diante da vida como diante de um exame de maturidade (ou de revalidação), ao qual não há importância o fato de que a tarefa termine em sala, desde que seja bem classificável por seu valor intrínseco. Assim como o candidato tem sempre muito presente que um toque de campainha tocará em um determinado momento e inexoravelmente o tempo que tem à sua disposição para finalizar sua tarefa, assim também na vida há que estar sempre preparado para ser “reclamado”. (PACCIOLLA, 2016, p. 144)

¹⁷ Se queres a paz, prepara-te para a guerra.

¹⁸ Se estimas a vida, prepara-te para a morte.

O tema do sentido é desenvolvido por Zoboli e Pegoraro atrelado às experiências. As autoras afirmam:

Sentido implica direção, significado, experimentar de uma certa maneira. Por isso a pergunta pelo sentido não se dirige aos fenômenos, mas às coisas e aos processos pouco susceptíveis ao trato científico, como o mundo em seu conjunto, o ser humano, a vida, a história, o sofrimento, a morte, etc. (ZOBOLI; PEGORARO, 2008, p. 176)

Zoboli e Pegoraro (2008) ainda fazem uma distinção entre “ter sentido” e “dar sentido”. O primeiro carece de estruturas ontológicas que apresentam uma razão de ser. O segundo diz respeito a um empenho livre e consciente no cumprimento deste propósito. Nessa direção “ter sentido” precede “dar sentido”. Em suas palavras “de fato, ‘dar sentido’ só é possível quando se reconhece que a vida humana em si, dadas as suas condições ontológicas, ‘tem sentido.’” (ZOBOLI; PEGORARO, 2008, p. 177) O ser humano, além de encontrar esse sentido no outro, também se encontra ontologicamente estruturado para esse sentido, muitas vezes encontrado em valores estéticos, como o belo. Hermann Hesse, numa linguagem peculiar, apresenta essa questão:

Espírito e sentidos sempre participaram em igual medida nessa alegria do homem pelo belo, e enquanto pessoas forem capazes de se alegrar no meio de pressões e perigos, com coisas com as cores da natureza ou um quadro pintado, o chamado da voz da tempestade ou da música feita pelo homem, enquanto atrás da superfície dos interesses e necessidades o mundo puder ser visto ou sentido como um todo onde existe uma ligação do movimento de um gato com as variações de uma sonata, do comovente olhar de um cão com a tragédia de um escritor, num reino múltiplo de mil reações, correspondências, numa linguagem eternamente fluindo para dar ao ouvinte alegria e sabedoria, divertimento e emoção. (HESSE, 1999, p. 47)

Essa capacidade de criar, de entregar algo ao mundo, pode se constituir em um elemento descobridor de sentido para o indivíduo. Os valores criativos se caracterizam como atos de transformar a realidade por meio de uma ação. Entretanto, quando o ser humano perde a sua capacidade de criar, ainda assim pode encontrar uma possibilidade de sentido no seu próprio sofrimento. Aquino, retomando as ideias logoterápicas, afirma:

Desta forma, quando não se pode eliminar o sofrimento, poderia ao menos tomar posturas, ou seja, uma atitude perante aquilo que é imutável e que condicionam o seu ser-no-mundo na categoria de sofredor ou de *homo patiens*, por conseguinte, o sofrimento inevitável proporcionaria uma ascese interior

capaz de preencher suficientemente um sentido na vida. (AQUINO, 2016, p. 157)

Frankl apresenta o suprasentido como horizonte para o qual aponta a transcendência humana, presente em cada sujeito, que é também espiritual. Diante dos questionamentos da existência, de si mesmo, de seu fundamento, o indivíduo se direciona para o absoluto. Frankl (1989) afirma que geralmente, esse último sentido é descortinado ao final da vida, e a religião é tida como um meio do sujeito buscar se direcionar para esse suprasentido, que a exemplo dos sentidos, já trabalhados anteriormente, também se mostra como singular e relativo a cada indivíduo em suas vivências peculiares. (FRANKL, 2005) Defendendo a tese de que o ser humano está direcionado para o absoluto, para o “tu eterno”, para o sentido último, Frankl (2016) usa a imagem de um filme para exemplificar o suprasentido. Este é rodado no cinema, se valendo de várias cenas individuais que transmitem o sentido de um todo a quem assiste. Para o filme ser compreendido faz-se necessário passar cena por cena, individualmente, até o término de todas. Os sentidos, para a logoterapia, seriam as cenas individuais, ao passo que o filme, constituído de todas as cenas até o final, seria o suprasentido, que nas palavras de Frankl

excede e ultrapassa a capacidade intelectual finita do ser humano [...] O que se requer da pessoa não é aquilo que alguns filósofos existenciais ensinam, ou seja, suportar a falta de sentido da vida; o que se propõe é, antes, suportar a incapacidade de captar em termos racionais o fato de que a vida tem um sentido incondicional. O logos é mais profundo que a lógica (FRANKL, 1997, p. 142).

A possibilidade de uma pessoa enfrentar e superar o sofrimento está intimamente ligada à realização interna de sentido. Aquele que acredita e descortina sentidos em sua vida tem a capacidade de suportar o sofrimento, seja ele de que natureza for, porque mesmo uma vida permeada de sofrimento não perde seu sentido. Mesmo que existam situações onde pareça impossível ao ser humano compreender seu sentido, pela fé e pelo amor é possível se aproximar dele. (LUKAS, 1989) Quanto mais o sujeito se dá conta dos sentidos da sua existência, tanto mais viverá de forma plena. Apesar do mistério que envolve o antes e depois da vida, a logoterapia ensina que é possível dizer “sim” à existência, e desta forma presentear a vida de sentido e ter a própria finitude como parte da sua realização. É desta forma que o *homo religiosus*, conforme conceito apresentado por Frankl, encontra recursos essenciais para superação das adversidades, pois como afirma, a verdadeira religiosidade não tem caráter de impulso, mas antes de decisão. (FRANKL, 2016)

1.4 – Tanatologia e Logoterapia

A tanatologia estuda a representação da morte no psiquismo humano, e também as perdas diárias, isto é, as pequenas mortes, para que finalmente o ser humano entenda o que é chamado de “a perda maior.” Essa expressão deriva de *tanatos*, que na mitologia grega faz referência ao deus que personificava a morte, e *legein*, que significa estudo. Este estudo é considerado tão antigo quanto à própria humanidade, visto que, destacando-se os filósofos antigos, sempre o ser humano buscou desvendar os mistérios que envolvem o antes e após a existência. Os rituais de sepultamento ao longo da história sempre revelaram a preocupação permanente, desde as sociedades mais primitivas, para com a morte e com os mortos. Muitas vezes, esses costumes se apresentaram revelando uma imagem que inspira uma reflexão sobre seu próprio destino, capaz de despertar fascínio e horror. Toda essa ritualização nada mais é do que uma tentativa de domesticá-la, ou seja, de despojá-la de sua violência e brutalidade, transformando-a em uma “passagem.”

A despeito dessa ritualização adocicada, cada cultura e período tem, ainda hoje, formas de lidar com a morte e com o morto. Precisamente o estudo da tanatologia possibilita um meio de resgate do sentido da morte, através da superação dos medos culturalmente estabelecidos, propondo uma reflexão profunda sobre o sentido da vida e da finitude humana, além do processo do morrer transcrito com dignidade. Morin afirma: “É impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.” (MORIN, 1997, p. 32)

Além de um fenômeno biológico, a morte carrega também uma dimensão simbólica que tem sido investigada pela psicologia e ciências humanas de uma forma geral, visto que sempre se apresentou como um fenômeno impregnado de valores associados a contextos sócio-culturais e históricos em que se faz presente. Ao transcorrer sobre a representação da morte ao longo da história, Giacoia Júnior diz que

os povos mesopotâmios tinham por costume enterrar os corpos dos mortos da maneira mais escrupulosa, sendo o cadáver cuidadosamente acompanhado de todas as marcas mais distintas de sua identidade pessoal e familiar, como seus pertences, insígnias e objetos de uso, suas vestimentas e até mesmo de suas comidas prediletas.” (GIACOLA JÚNIOR, 2005, p.15)

Já para os povos hindus, segundo o mesmo autor, a incineração crematória era o destino dado aos seus mortos. “O cadáver era consumido pelo fogo, e as cinzas eram lançadas

ao vento, ou nas águas dos rios, sendo o morto despojado de todos os seus traços de identidade.” (GIACOIA JÚNIOR, 2005, p. 16) Para os antigos gregos, a incineração distinguia os tipos de mortos: o cadáver do homem normal, para quem cabia o crematório coletivo e o depósito de suas cinzas em vala comum, e o cadáver dos grandes heróis, que eram cremados na cerimônia da bela morte, onde os seus feitos no campo de batalha eram enaltecidos. A própria morte seria a prova de sua virtude, tornando-o um indivíduo cuja vida é digna de ser lembrada. (GIACOIA JÚNIOR, 2005) Na idade média, a familiaridade com a morte é destaca por Araújo e Vieira:

Na Idade Média a morte era entendida com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico. Os cemitérios ocupavam o centro da cidade e faziam parte do cenário de vida das pessoas. Os mortos socialmente importantes eram enterrados no interior das igrejas. Aqueles menos importantes eram enterrados em um terreno ao lado, e os indignos sociais eram enterrados em vala comum que permanecia aberta até a completa lotação. (ARAÚJO; VIEIRA, 2001, p.105)

Segundo Ariès (2003), autor explorado pela maioria dos estudiosos do tema, durante a Idade Média não se morria “sem ter tido tempo de saber que se iria morrer”. (ARIÈS, 2003, p. 19) A morte era um tema familiar, muitas vezes sendo organizada pelo próprio moribundo, que previamente tomava providencias necessárias para o sepultamento. O contato com a morte era mais presente por meio de pestes, guerra, fome e em função da sociedade ter menos recursos para evitá-la. (ELIAS, 2001) A morte tinha uma presença real e enraizada na vida cotidiana, muitas vezes, inclusive, exigindo um investimento significativo dos indivíduos durante a vida.

Segundo Elias (2001) existia toda uma cultura fúnebre, visto que as pessoas arrumavam suas vidas, se preparando para a partida, até mesmo dirigindo os próprios rituais funerais, com o morto presidindo sua morte através de ritos que se iniciavam antes do suspiro final. Essa familiaridade com a morte estava ligada à aceitação incondicional da ordem da natureza pelos indivíduos da época. “O conhecimento da morte era uma rotina e nenhuma criança crescia sem ter tido a experiência de ver, pelo menos, uma cena de morte.” (ARAÚJO; VIEIRA, 2001, p. 105) Almeida (2006) fala da representação da morte no final da idade média, destacando o paradoxo do medo e paixão presentes na experiência:

Medo da morte, paixão pela vida. Paixão pela vida, medo da morte. A cena da morte era o próprio julgamento da vida. Não por acaso a morte recebeu a partir do fim da Idade Média uma carga de emoção, sobretudo entre as classes instruídas, que nunca possuíra antes – a cena da morte era julgamento da vida, mas era também representação desse profundo apego e amor aos *temporalia*, ao aqui, ao agora. (ALMEIDA, 2006, p. 114)

Ariès (2003) apresenta um panorama histórico de como o ocidente tem lidado com a morte ao longo dos séculos. Segundo o autor até o século XVIII ela não representava temor, todavia, a partir do século XIX ela começa a ser vista com medo, a reboque das transformações culturais deste período. Ariès (2003), ao que denomina morte domada, afirma que o indivíduo sabia e sentia que ia morrer através de uma sequência de pressentimentos até a chegada da morte. No ritual, até o último suspiro, está presente a família, os pedidos de perdão, a reconciliação do moribundo com Deus e com as pessoas, a extrema-unção e, por fim, o silêncio. Nesse caminho não há recusa, não se foge à morte, o que não exclui a revolta, com descreve:

[...] a simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de modo cerimonial, evidentemente, mas sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos. [...] Assim se morreu durante séculos ou milênios. Em um mundo sujeito à mudança, a atitude tradicional diante da morte aparece como uma massa de inércia e continuidade. A antiga atitude segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro, opõe-se acentuadamente à nossa, segundo a qual a morte amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer o seu nome. Por isso chamarei aqui esta morte familiar de morte domada. Não quero dizer com isso que anteriormente a morte tenha sido selvagem, e que tenha deixado de sê-lo. Pelo contrário, quero dizer que hoje ela se tornou selvagem. (ARIÈS, 2003, p. 35 - 36).

A idade moderna tratou de introduzir um distanciamento da morte. O dualismo e racionalismo, fruto de um pensamento cartesiano, trouxeram uma separação radical entre alma e corpo, sendo que, este último foi apropriado pela medicina, e conseqüentemente, a morte deixa de ser uma consequência natural da vida e passa a ser associada à doença. A morte é tida de forma diferente do período medieval, mudando-se inclusive, os ritos funerais e a localização dos cemitérios, que costumavam se situar fora das cidades, e agora vem para os pátios das igrejas e conventos. Da visão romântica da idade média, a morte passa a ser temida, e ao mesmo tempo, gera excitação e curiosidade na idade moderna. (ARIÈS, 2003)

Na idade contemporânea, muito mais do que um distanciamento, a morte passa a ser concebida como fracasso e inimiga. A humanidade presenciou a negação da morte associada a uma sociedade do consumo. A lógica capitalista da acumulação de bens, que vende a imagem de satisfação plena dos desejos pela conquista do poder e dinheiro, que pode oferecer a eterna juventude numa tentativa de ocultar os limites inexoráveis que marcam a condição humana de incompletude e de insatisfação permanente dos desejos, passa a ditar até mesmo o enfrentamento da própria finitude. A filosofia e o modo de vida dos séculos XX e XXI pregam o esquecimento, a ignorância e a negação da morte. “O que o ser humano busca não é uma vida

eterna, mas uma juventude eterna com seus prazeres, força, beleza e não a velhice eterna com suas dores, perdas e fealdades.” (RIBEIRO, 2009, p. 38). Corrêa traz a informação que

nas culturas orientais, por exemplo, a morte é significada a partir das vivências cotidianas que convidam a uma preparação para a recompensa que o morrer oferece: a entrada num estágio superior de sabedoria. Já em nuances das culturas ocidentais, percebem-se dadas atitudes de negação da morte e fuga desta atrelada ao medo e ao espanto que ela gera, sendo configurada como sinônimo de fracasso e derrota, impotência e vergonha. Essa visão e significância do morrer nas culturais ocidentais se devem ao cientificismo que tenta vencer ou, no mínimo, contornar a morte. (CORRÊA, 2012, p. 180)

O advento do capitalismo faz parte da história da tanatologia, visto que com a necessidade de produção, os sujeitos passam a serem vistos como mão-de-obra para o desenvolvimento das sociedades. Dai, surge a necessidade de um corpo saudável, e conseqüentemente, locais apropriados para tratamento das doenças. (SANTOS, 2009) Com a tecnologia em franca expansão, a lógica industrial necessitava de trabalhadores saudáveis para que a produção não fosse afetada. Portanto, era de suma importância um local específico que tratasse e curasse estes mesmos trabalhadores, afim de devolvê-los saudáveis e produtivos para a construção do progresso. Além do mais, não era possível que os enfermos ficassem sob os cuidados da família, que também precisaria sair da roda da produção para cuidar do doente. As famílias tinham a necessidade de produzir, e em virtude disso não dispunham de tempo para cuidar do moribundo. (SANTOS, 2009) Fruto da institucionalização das práticas terapêuticas, a morte trocou de endereço: do espaço familiar, foi deslocada para o ambiente comumente impessoal das instituições de saúde.

Uma ruptura ocorreu e no século XX se concretizou uma grande recusa da morte. Nas palavras de Ariès (2003), a morte passou a ser interdita. O moribundo ficou sob os cuidados de profissionais estranhos ao seu convívio, e muitas vezes privado do contato mais contínuo com os familiares e amigos. (MOREIRA; LISBOA, 2006) “Morre-se no hospital porque este tornou-se o local onde se presta os cuidados que já não se pode prestar em casa.” (ARIÈS, 2003, p. 85) Morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar. A morte é tida como um fenômeno técnico causado pela parada de cuidados. A morte se torna o interdito da modernidade. A fala sobre ela é evitada, a referência a própria palavra é interdita, ela é renomeada e a referência ao falecido é transmutada como se estivesse dormindo, ou se empreitado em uma longa viagem. Logo a morte é esquecida, porque a sociedade moderna não pode gastar tempo para esse tema, visto que a busca pelo prazer e felicidade deve sempre

prevalecer. A sociedade pós-industrial condicionou o ser humano a se preocupar com três coisas: o ter, o poder e o prazer; estas três como caminho para a felicidade, e desta maneira, a morte só pode ser concebida como um fracasso para essas metas. (LIMA; SEIBT, 2002)

O que se presencia nesse contexto é uma negação de um espaço reservado para a expressão do luto. Uma dor demasiadamente visível, perceptível, não inspira pena, mas sim ojeriza. É vista como um sinal de perturbação mental, má educação, fraqueza. O luto é solitário. Só se tem o direito de chorar quando ninguém vê, nem escuta. Segundo Ariès, desde o século XIX nota-se um movimento onde aqueles que cercam o moribundo tendem a poupá-lo e ocultar-lhe a gravidade do seu prognóstico. Essa postura procura evitar a perturbação e emoção excessivamente fortes, insuportáveis, que acreditam advir da fealdade da agonia. (ARIÈS, 2003) Kovacs (2004) entende que a comunicação ao paciente do seu estado de saúde é importante, pois esse nível de compreensão permite-o lidar com situações inacabadas, rever prioridades de vida e seus sentidos. Essa postura é descrita por Tolstói no livro “A morte de Ivan Illith”, como se segue:

(...) Levantou-se, pôs o dinheiro da consulta na mesa, deu um suspiro e só então falou:

- Nós, os doentes talvez façamos muitas perguntas inconvenientes. Todavia, aventure-me a perguntar se o que tenho é grave ou não?

O médico olhou-o severamente, por trás dos óculos, como se dissesse: “Acusado, se não se restringir às perguntas que lhe foram formuladas, serei obrigado a mandá-lo retirar do recinto.” Mas na verdade, respondeu:

- Eu já disse ao senhor aquilo que considero necessário e oportuno. A análise da urina indicará o restante. E fez-lhe uma saudação de despedida. (TOLSTÓI, 2009, p. 38)

Atualmente, até mesmo a referência direta à palavra morte é interdita, reduzindo seu significado à pura negatividade, colaborando para que o silêncio sobre o tema impere. É como se a solidão dos moribundos nos hospitais oferecesse uma proteção biológica e psíquica contra a angústia que a morte traz para a família e sociedade, de uma forma geral. (ELIAS, 2001) Esse distanciamento dos doentes diminui o incômodo que geram na organização das rotinas, seja da vida cotidiana, profissional, e principalmente do sistema econômico que não pode se dar ao luxo de parar por um indivíduo apenas.

A mercantilização de algumas áreas da medicina, voltadas para a tentativa de rejuvenescimento, de cirurgias plásticas, de prolongamento da vida, é uma tentativa de negar a morte, que quando vem, é vivenciada pelos médicos como derrota ou fracasso. Isso se explica por um problema de formação médica, quando os profissionais não são treinados para cuidar, mas sim, para curar, e o não curar se torna um insucesso. O manual de comunicação de notícias

difíceis do Instituto Nacional de Câncer traz o depoimento de profissionais de saúde sobre o manejo da comunicação de más notícias em sua prática diária:

Enquanto você se dedica à clínica médica, a morte aparece, mas como algo a ser incansavelmente combatido. Na clínica oncológica, ela nos surpreende de outro jeito: a gente tem uma sensação como que de passividade, deparar-se com a impotência de ter que deixar a morte fazer, por assim dizer, o que quiser com o paciente. É uma experiência particularmente difícil para o residente, que necessitaria de um amparo maior para suportar o sentimento de sua própria fragilidade. É um sentimento que pode amenizar-se (dependendo muito da sensibilidade de cada um) com o passar do tempo, mas o médico será sempre afetado. Aprendemos, na tradição de ensino de nossas escolas médicas, a valorizar a intervenção, a só considerar que se está dando tratamento quando se está intervindo, o que não nos prepara para agir como catalisadores da angústia do paciente (e suportar a nossa), no momento de seu caminho para a morte... nossa formação não nos ensina a parar para refletir sobre os nossos limites. (INCA, 2010. p. 23)

Tamura (2006) fala sobre os “donos do domínio” que são, para ela, aqueles que decidem como se vai morrer. Essa referência diz respeito aos médicos, enfermeiros e equipe hospitalar. O moribundo se torna um objeto privado dos seus próprios desejos, vontades e emoções. “O doente deverá se comportar de maneira que a equipe do hospital possa esquecer que ele sabe e que possa, então, comunicar-se com ele como se a morte não rondasse à volta dele.” (ARIÈS, 2003, P. 242) Os médicos no ocidente se tornaram tanatocratas, ao, muitas vezes, tomarem decisões sem consultar ao paciente, ou sua família, quando este já não mais está gozando de suas faculdades mentais. Como afirma Kovács, “o médico tornou-se o senhor da vida e da morte.” (KOVÁCS, 2008, p. 236)

D’Assumpção (2010) ressalta que os hospitais de hoje se apoderaram da nossa própria morte de tal forma, que ela já não nos pertence, mas sim, aos profissionais, que muitas vezes, armados e equipados com poderosos equipamentos prolongam a morte, afirmando que na verdade estão prolongando a vida. Esses são os tanatocratas que decidem pela vida e morte do indivíduo, visto que o moribundo, a essa altura está ligado à vários aparelhos, afastado daqueles que amam, e não tem mais poder de escolha. O indivíduo não é mais senhor da sua própria morte. Ela passou a pertencer a terceiros que omitem informações do seu estado. O moribundo é visto como incapaz e muitas vezes nem tem o direito de falar. A morte é silenciada. O hospital, que antes era um lugar que cumpria funções asilares, se tornou um centro médico que tem como objetivo curar e lutar contra a morte.

Os valores que regem a sociedade contemporânea apresentam a morte em um lugar estigmatizado, permeado por elementos ameaçadores que envolvem não só o conhecimento do

destino, visto que o ser humano tem, geralmente, consciência da sua finitude, mas também o desmonte da teia existencial, como as redes afetivas e sua constelação de relacionamentos pessoais. Para além disso, o provável caminho do sofrimento embutido no processo da morte o torna mais temido que a própria morte. Em casos de doenças crônicas a identificação definitiva do diagnóstico é acompanhada de perguntas inevitáveis: “Por quê eu?” “Qual o significado disso?” Além do sofrimento e complicações físicas e funcionais, do esforço diário ao lidar com sintomas e tratamentos, dos problemas econômicos que advêm dos custos das intervenções, da dependência que vem da demanda do cuidado pelos outros, o adoecimento mais grave implica em um processo de angústia existencial e subjetiva que sempre demandará um enorme investimento emocional.

Nas mais diversas áreas do conhecimento, a morte tem sido estudada como algo que desperta ao mesmo tempo medo e curiosidade, fascínio e horror. A filosofia, medicina, psicologia, sociologia e antropologia tem se empenhado em estudar os mistérios que a envolvem. A literatura é um campo onde o tema cresce em grande escala. Como afirma Morrin

(...) A solidão provoca a ideia fixa da morte, e a ideia fixa da morte completa a solidão. As portas da literatura e da filosofia vão ser forçadas pela angústia de morte. Sob diversos eufemismos (mal do século, melancolia, etc.), a angústia já havia adquirido a dignidade literária e poética. (...) O espectro da morte vai assombrar a literatura. A morte, até então mais ou menos envolta nos temas mágicos que a exorcizavam, ou contida na participação estética, ou camuflada sob o véu da decência, aparece nua. (...) A individualização se desagrega por sua vez. A morte consome a niilização. Absurdo o mundo, absurda a morte, absurdo o indivíduo. Estes três termos se refletem e se revezam numa dialética infernal. Tudo é absurdo. O círculo da morte se fecha. (MORIN, 1997, p. 286-287)

A introdução das discussões sobre o tema da morte como parte integrante do ciclo vital humano foi uma responsabilidade da psicologia da morte, e se deu de diferentes modos e perspectivas teóricas. Esta vê o medo da morte integrada à estrutura da personalidade, sendo parte integrante e necessária para o desenvolvimento humano. Os conflitos implícitos nesse processo resultam no surgimento de sintomas e sofrimento psíquico. O enfrentamento da morte recebe interpretações e significações diferentes que geram repercussões na família e meio em que o indivíduo está inserido. Entretanto, a despeito dessa diversificação de simbolizações, existem características comuns em todo processo que envolve as questões de vida e de morte. A defesa contra a percepção da ameaça de extinção vem em forma de uma espécie de regressão à ideias e relações caracteristicamente infantis, um modelo de resposta emocional infantil. A necessidade de superar a morte passa pelo desejo de não ser esquecido. Os símbolos, as

histórias, as memórias, são legados que permanecem após o suspiro final. Plantar uma árvore, escrever um livro, ter um filho...¹⁹

A psicanálise traz contribuições importantes para compreensão dos processos envolvidos na elaboração da morte. Ela é entendida no horizonte da vida como condição de nosso desejo e fonte última de nossas angústias, entretanto, as contribuições psicanalíticas nem sempre são entendidas, visto que não se preocupa, geralmente, em desenvolver uma teoria específica sobre perdas reais, apesar da elaboração da perda ser um tema tão central na compreensão psicanalítica, mas baseando-se num olhar sobre as fantasias e construções imaginárias que organizam a personalidade do indivíduo. Por essa razão costuma dar pouca atenção às questões mais imediatas da vida. Para Freud (2010) a morte é o desfecho necessário de toda vida. Ele ainda afirma que “cada um de nós deve à natureza uma morte e tem de estar preparado para saldar a dívida, em suma, que a morte é natural e incontestável.” (FREUD, 2010, p. 230) O sujeito ao nascer já está condenado a morrer. Entretanto, os indivíduos comumente agem colocando a morte de lado, eliminando-a da condição de uma consequência natural da vida.

Kovács (2008) vê como controversa a questão da morte na psicanálise, apontando que não existiria representação da morte no inconsciente, acarretando, por vezes, o desinteresse pelo tema. Para a autora, Freud considerava a morte “como equivalente os terrores da castração, da perda do amor, do objeto.” (KOVÁCS, 2008, p. 96) Ter consciência da finitude é sempre se deparar com o desconhecido, mas, para além disso, é também ser tomado pela angústia, que muitas vezes faz com que o indivíduo se mobilize e acione mecanismos de defesas através de fantasias inconscientes. O medo da morte comumente é tratado pela psicanálise como análogo à angústia de castração, e por assim dizer, fruto de deslocamento do desejo sexual. Freud reconhece a importância da morte na constituição da personalidade humana, defendendo a pulsão de morte como o mais fundamental da pulsão. (FREUD, 2010)

Na história dos estudos tanatológicos recentes alguns nomes se destacam. Um deles é o de William Osler, médico canadense, considerado um ícone da medicina moderna, por vezes chamado de “pai” dela. Em sua publicação “*A Study of death*”, em 1904, pesquisou os aspectos físicos e psicológicos, tendo como finalidade diminuir o sofrimento das pessoas no que se refere à morte. Osler tinha a morte como um importante tema do seu trabalho. Se destaca pelo perfil empático e humano no seu lidar com os pacientes. Kovacs (2003) relata situações em que o

¹⁹ Proverbio oriental que retrata três coisas que um indivíduo precisa fazer antes de morrer. O que há em comum em todas elas é o legado que permanece mesmo após a partida do indivíduo.

médico acompanhava crianças até à morte, e sempre deixava rosas em seus leitos. A perda de seu filho provavelmente aumentou sua sensibilidade para lidar com essas questões. (KOVÁCS, 2003)

Após as grandes guerras, as obras de Herman Feifel, impulsionaram o estudo da tanatologia, sobretudo *“The meaning of death”*, em que falava sobre a proibição e o tabu em torno do tema da morte. Feifel (1974) defende que, na tentativa de se distanciar do tema da morte, a cultura ocidental negligenciou essa temática se refugiando em eufemismos e se detendo ao crescimento de uma lógica que tem como foco as estatísticas, e deixa de lado a preocupação com a morte. Apenas após as grandes guerras, diante da iminência de um holocausto nuclear, finalmente o tema da finitude passou a ser considerado de forma mais profunda.

No Brasil um importante nome é o de Wilma da Costa Torres, que foi pioneira no desenvolvimento da tanatologia. Seus textos datam a partir da década de 1980 como consequência dos crescentes estudos da área de psicologia hospitalar. Torres foi pioneira ao criar o programa de estudos e pesquisas em tanatologia, na Fundação Getúlio Vargas. Posteriormente, inspirados nessa iniciativa, foram criados dois laboratórios existentes até hoje e considerados centros de referência: Laboratório dos Estudos sobre o Luto, na PUC-SP, pela psicóloga Maria Helena Franco, e Laboratório de Estudos sobre a Morte, da Universidade de São Paulo, pela psicóloga Maria Júlia Kovács. (SANTOS, 2009)

Um importante nome nessa temática é da Dra. Cicely Saunders, enfermeira inglesa, assistente social, médica, escritora e principal nome dos cuidados paliativos. Fundadora do St. Christopher Hospice, em 1967, na Inglaterra, Saunders desenvolveu o conceito de “Dor Total”, que diz respeito as dimensões física, mental, social e espiritual, e enfatiza a importância de todos esses componentes no sofrimento humano.

Um dos mais importantes trabalhos sobre pacientes terminais e tanatologia surge na década de 1960, com o livro “Sobre a morte e o morrer” da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross. Nesta obra a Dra. Kübler-Ross traz as experiências com seus pacientes terminais e apresenta à academia aquelas que são ainda hoje conhecidas como as fases da perda, ou as fases do luto. Kübler-Ross (2017) desenvolveu um grande trabalho de escuta e elaboração do luto envolvendo pacientes moribundos. Em sua obra “Sobre a Morte e o Morrer” (2017), a autora narra a experiência de atuação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas, através de várias entrevistas com os moribundos, expressando o que pensavam e sentiam ao se submeter a um tratamento sem objetivo curativo. Os estágios são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. (KÜBLER-ROSS, 2017) Diferente do que possa parecer, esses estágios não seguem

uma ordem linear, podendo até mesmo ser verificada a coexistência de duas ou mais fases ao mesmo tempo. A sistematização apresentada tem, tão somente, um objetivo didático.

O primeiro estágio, negação, tem um papel de para-choques após uma notícia inesperada. Comumente ela é uma defesa temporária. É difícil a um ser humano chegar ao estado de desgraça sem antes perceber o que lhe pode acontecer. É difícil a um paciente chegar à morte sem saber o que está se passando com seu próprio corpo. Na negação, refletida pelo questionamento: “Isso não pode estar acontecendo comigo...” o indivíduo recusa um fato que está próximo de lhe acontecer ou até mesmo já ocorreu. Kübler-Ross afirma: “Como somos todos imortais em nosso inconsciente, é quase inconcebível reconhecermos que também temos de enfrentar a morte.” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 47) A confrontação enérgica contra essa fase poderá estender a sua duração, ou até mesmo levar a não superação, o que acarretará em um período de sofrimento frustrante. O paciente muitas vezes encontra a solidão, com o afastamento de parentes, amigos, e, em caso de doenças mais graves, até mesmo da equipe de saúde que nem sempre sabe lidar com situações limites.²⁰

A negação é considerada a fase de retenção de danos, visto que, diante de uma notícia difícil de ser aceita, negar é um recurso em busca de proteção. Kübler-Ross (2017) afirma a importância de se respeitar o momento de cada indivíduo, entendendo a negação não como algo pejorativo, mas como uma fase importante de ser vivida diante de uma situação dolorosa, podendo, até mesmo, ser reincidida ao longo do processo de elaboração do luto. A autora esclarece:

Não podemos olhar para o sol o tempo todo, não podemos encarar a morte o tempo todo. Esses pacientes podem considerar a possibilidade da própria morte durante um certo tempo, mas precisam deixar de lado tal pensamento para lutar pela vida. [...] Comumente a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. A negação assumida até o fim, o que, ainda, considero uma raridade. Entre nossos 200 pacientes em fase terminal, encontrei apenas três que rejeitaram até o último instante a aproximação da morte. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 44,45)

²⁰ Temos um problema crônico na formação médica, sobretudo no Brasil, onde o profissional de saúde é treinado para curar. Isto é um paradoxo, sobretudo mediante o juramento à Hipócrates, pai da medicina, feito pelos médicos na formatura, quando dizem: “Curar quando possível, aliviar quase sempre e consolar sempre.” Se o curar nem sempre é possível o profissional de saúde deveria ser treinado para cuidar, mesmo quando não há mais a possibilidade da cura. Como resultado dessa formação, o “não curar” é visto como sinal de fracasso para o profissional, que nem sempre sabe lidar com a frustração contida nessa experiência. A dificuldade de compreender o limite entre o curável e o tratável é fruto de nossa angústia frente ao processo de finitude. É necessário repensar urgentemente o modelo de formação em saúde que, baseado majoritariamente em uma visão tecnicista, tende a deixar de lado o aspecto humano que nos leva ao confronto com nossos próprios limites.

Do sentimento de catástrofe, o sujeito passa ao estágio do ressentimento, que Kübler-Ross nomeia como raiva. Aqui a grande dor é expressa na forma de agressão a outros. O indivíduo, mesmo com dificuldade, passa a encarar a morte e não mais negá-la, dando início à uma espécie de aceitação, tendo o primeiro contato, de fato, com o sofrimento. A raiva externa toda dor que a realidade provoca. O indivíduo percebe sua rotina, seus projetos, e se dá conta de sua finitude, e, lançando mão da agressividade expressa o grito de vida, lembrando que ainda está vivo e não quer ser esquecido. (KÜBLER-ROSS, 2017) Kovács (2008) diz que “entender a raiva, facilitar a sua expressão é a melhor forma de ajudar ao paciente. Reagir à raiva com raiva ainda maior só exacerba a hostilidade”. (KOVÁCS, 2008, p. 192-193)

Aqueles que estão mais próximos são os mais atingidos por essa fase, sejam eles cônjuges, filhos, pais, amigos ou as enfermeiras. O paciente tende a despejar sua raiva sobre essas pessoas por esperar uma maior compreensão da parte delas. Ainda sobre essa fase, Kübler-Ross acrescenta:

As visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo e sem expectativa, transformando-se em penoso encontro. A reação dos parentes é de choro e pesar, culpa e humilhação; ou, então, evitam visitas futuras, aumentando no paciente a mágoa e a raiva. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 56)

A barganha, terceiro estágio apresentado por Kübler-Ross (1997), geralmente é feita silenciosamente com Deus, seja em que forma ele se apresenta, para alcançar a possibilidade de um “algo mais”. Em muitos momentos essa barganha pode estar relacionada a sentimentos de culpas e a doença ser interpretada como forma de castigo. O paciente lança mão de promessas e acordos, que geralmente não cumpre, não por maldade, mas simplesmente porque esse é um mecanismo utilizado na tentativa de alcançar algum objetivo, seja ele a cura, ou algo que se perdeu. Baseado nas entrevistas com seus pacientes, Kübler-Ross afirma:

A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma “meta” auto-imposta (por exemplo, um show a mais, o casamento de um filho) e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. Nenhum dos nossos pacientes “cumpriu as promessas”. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 89)

O fracasso da barganha leva ao quarto estágio, a saber, a depressão. Nesta fase o paciente se preocupa com quem está deixando e o que fazer com o tempo que lhe resta. Essa é a fase das perdas. Perda do emprego, da liberdade, da dignidade, todas elas conduzem o indivíduo à depressão. O paciente busca reencontrar sua identidade, realizando atos que

relembre o seu valor pessoal, a sua individualidade. A depressão não é melancolia, mas sim uma fase de preparação de sujeitos que se dão conta da iminente perda de pessoas, projetos, valores significativos. Esse estágio é importante na tarefa de facilitar a aceitação da morte, como uma espécie de luto antecipatório.²¹ (KÜBLER-ROSS, 2017) Para quem rodeia o moribundo, nesse momento as palavras não são tão necessárias, sendo os gestos e solidariedade mais eficazes para a travessia dessa fase.

Kübler-Ross fala de dois tipos de depressão: reativa²² e preparatória. Esta última, que se enquadra nesse contexto, não requer motivos de encorajamento, visto que a perda é uma realidade iminente. Interessante aqui é que a autora ressalta que a depressão preparatória²³ deve apenas ser acompanhada, mas não intervida. Em muitos casos, sobretudo na área da saúde, a não-intervenção é uma intervenção. A autora defende:

Quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser. O paciente não deveria se encorajado a olhar o lado risonho das coisas, pois isto significaria que ele não deveria contemplar sua morte iminente. Dizer-lhe para não ficar triste seria contraproducente, pois todos nós ficamos profundamente tristes quando perdemos um ser amado. O paciente está prestes a perder tudo e a todos a quem ama. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 93)

O último estágio é a aceitação, entretanto nem todos chegam a aceitar a morte de fato. Sendo assim ele não pode ser confundido com um momento de contentamento ou alegria, mas

²¹ O *luto antecipatório* é um fenômeno cuja conceituação foi elaborada pelo psiquiatra alemão Erich Lindemann e cuja descoberta ocorreu no período da Segunda Grande Guerra ao observar as esposas dos soldados que, ao retornarem da guerra, tinham dificuldades de inclusão ao seu núcleo familiar, visto que suas esposas realizavam um processo de elaboração como se, realmente, eles tivessem morrido. Nesse caso, elas aceitavam a morte antes dela, de fato, acontecer. Segundo o psiquiatra, este processo se desenvolve em função da separação a qual indica ou uma ameaça ou um perigo real do membro vir a falecer e não em função da morte em si; por isso, há um pressentimento de sua finitude.

²² A depressão reativa é uma forma de depressão causada por um evento traumático ou uma pressão psicológica excessiva. Atinge pessoas fragilizadas por ocorrências graves como um acidente ou uma morte. Pacientes em depressão reativa estão sujeitos a choros intempestivos e distúrbios de sono e apresentam sintomas da depressão clássica: tristeza, perda de interesse e motivação em suas tarefas, vazio existencial, lentidão psíquica e motora e alterações de comportamento. Geralmente é tratada por antidepressivos, complementados por um apoio psicológico.

²³ Neste tipo de depressão o ideal é apenas deixar que o indivíduo exteriorize o seu pensar e, mesmo assim, normalmente haverá pouca necessidade de palavras. A “companhia” neste caso deve ser traduzida por um sentimento mutuamente distribuído em que o “sentar ao lado” ou um “toque carinhoso” pode significar muito mais que poema. É neste momento que os gestos valem muito mais do que palavras.

se trata, na realidade, da compreensão por parte do sujeito do seu estado de finitude sem mais lançar mão de estratégias defensivas. Kübler-Ross apresenta quase como uma apatia de sentimentos, uma tentativa de se fechar questões que ainda estão por se resolver. (KÜBLER-ROSS, 2017) No processo de desemaranhar gradativamente as teias de relações e valores que sempre orientaram o moribundo ao longo de sua vida, o desinvestimento de energias no mundo geralmente é feito ao lado da família, unidade de cuidados que o acompanhou na trajetória até a partida.

Na aceitação Kübler-Ross (2017) descreve uma tranquila expectativa por parte dos pacientes, que não pode ser confundida com felicidade, pelo menos como a idealizamos. Ocorre um profundo cansaço e uma necessidade cada vez mais constante de aumentar as horas de sono. Nem todos chegam a este estágio, mas os que enfrentaram o sofrimento, tendo a companhia e apoio em todos os momentos, conseguem, com maior frequência, ultrapassar todas as fases. Essa fase pode levar o indivíduo a viver um silêncio que incomoda muito os que o circundam. Em muitos casos este silêncio prenuncia a aceitação da sua própria finitude. A morte, em si, já não causa medo. O medo da morte é o medo da vida que se viveu, do legado que se deixa, e da vida que se deixou de viver, da história que ainda se queria escrever. O silêncio muitas vezes é a forma do paciente dizer para todos que estas situações estão resolvidas dentro de si. Em alguns momentos essa fase é acompanhada da alegria. Aquele período caótico de sofrimento foi superado. Paz, encharcada de experiência e com uma espécie de felicidade, diferente por completo da que normatizamos em nossas convenções e relações.

A quem interessar possa atesto que, em certos casos, é claramente perceptível a aproximação do fim. É o que está acontecendo comigo. Posso garantir que não viverei o dia de amanhã, três de junho, sexta-feira. Mas hoje ainda estou vivo e tenho algo a dizer, a declarar, a escrever neste caderno quase vazio, dado a mim pelo meu querido doutor Ademar, o qual arrisco classificar de amigo, e a quem, daqui a pouco, entregarei estas poucas páginas escritas. É o seguinte: consegui finalmente a separação completa e perfeita entre dor e sofrimento. Está doendo muito nesse momento e, no passado, foram incontáveis as grandes e pequenas dores, do corpo e da alma, cuja lembrança por sua vez, também dói. Mas eu nada mais sofro. Da dor, meu caro Ademar, não há vivente que escape. Sofrer, no entanto, agora compreendo, não é obrigatório. Sofre quem assim o deseja. Eu sei: como moribundo sou suspeito para afirmar qualquer coisa. A suspeição é lamentável porque seria bom que pudessem acreditar. Estou em paz, numa enorme paz que ousarei chamar de felicidade. Uma felicidade de pouca duração, devido às circunstâncias, porém intensa o suficiente para compensar todos os trancos e barrancos com que a ela cheguei. (PERTAN, 2005)

Como uma espécie de sexto estágio, que na realidade não figura entre os sistematizados pela autora, surge a esperança. Essa perpassa todas as fases visto que “não está na natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para uma esperança qualquer.” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 121) A autora observa que em todos os estágios nunca se costuma perder a esperança, e ela deve sim ser reconhecida e assumida, visto que a fé, no último instante das possibilidades, é aquilo que possibilita o enfrentamento das situações, e contribui para que os moribundos morram em paz. A fé é sempre em alguém ou em algo. Ela pode trazer sentido para questões da existência, ou mesmo para a própria existência.

A logoterapia tem uma forma peculiar no lidar com o sofrimento diante da morte. Ela contribui de forma expressiva com a tanatologia ao defender a valorização do sentido e da capacidade humana de transcender e ressignificar situações pesadas. O sofrimento tem um sentido, e a logoterapia tenta demonstrar que para além do sofrimento, a necessidade, destino e a morte fazem parte da vida. “Nenhum desses elementos se pode separar da vida sem se lhe destruir o destino. Privar a vida da necessidade e da morte, do destino e do sofrimento, seria como tirar-lhe a configuração, a forma.” (FRANKL, 1989, p. 154)

Já dizia o poeta musical brasileiro: “Quem passou por essa vida e não viveu, pode ser mais, mas sabe menos do que eu, pois essa vida só se dá pra quem se deu, pra amou, pra quem chorou, pra quem sofreu...”²⁴ A vida só adquire forma quando moldada pelas marteladas do destino que o sofrimento proporciona. A essência dos valores de atitude reside no modo como um indivíduo reage ao irremediável, ou seja, diria Frankl, o pressuposto da realização dos valores de atitude está em enfrentar as coisas irremediáveis. (FRANKL, 1989) O indivíduo que transcende para além de si caminha a passos largos rumo à maturidade. Frankl afirma, “sofrer, então, não significa apenas esforçar-se, crescer e amadurecer, mas igualmente enriquecer-se.” (FRANKL, 1978, p. 241)

A possibilidade da morte traz dor e sofrimento, sobretudo quando vem em tempo e condições não consideradas como normais. O medo da morte leva os indivíduos a uma série de reações, apesar dela ser parte constitutiva da vida. O indivíduo que consegue desvelar um sentido maior ao longo de sua existência está propenso a também encontrar um sentido na morte, ao perceber que a vida teve um sentido. Esse sujeito tem uma facilidade maior de desapegar da existência e ver com mais naturalidade a chegada da morte. Ao olhar para o passado se percebe como um ser que soube aproveitar as oportunidades. Para logoterapia o ser está preservado no passado, visto que o ser humano é completamente histórico, e na qualidade

²⁴ Trecho da canção “Como dizia o poeta”, composta por Vinícius de Moraes e Toquinho.

de ser histórico, ele jamais “é”, mas sempre “vem a ser.” (FRANKL, 1978) Ser passado é a forma mais segura de ser, visto que o ser que guardamos no passado, a transitoriedade não pode causar nenhum dano mais. (FRANKL, 1990)

A finitude humana representa algo que concede sentido à existência, e não algo que tire, como possa parecer, *à priori*, pois para Frankl (1989) a morte não pode corroer o sentido que caracteriza a vida. A finitude, assim, não é meramente um adicional da vida humana, mas constitutiva do seu sentido, e desta forma, a temporariedade, uma vida longa, não torna necessariamente uma vida plena de sentido, na mesma medida que a brevidade não a destitui de sentido. “Se a vida não fosse finita, cada ação poderia ser adiada até o infinito. Nesse sentido a temporalidade e a morte obrigam o homem a encarar a vida em aspectos de irrepetibilidade e unicidade.” (CORRÊA; RODRIGUES, 2013, p. 38) Frankl afirma:

A finitude, a temporalidade não é apenas, por conseguinte, uma nota essencial a vida humana, é, também, constitutiva de seu sentido. O sentido da existência humana funda-se no seu caráter irreversível. Daí que só se possa entender a responsabilidade que o homem tem pela vida quando compreendemos como responsabilidade por uma vida que só se vive uma vez. (FRANKL, 1992, p.109)

Exatamente por isso o indivíduo precisa contentar-se com a finitude de forma consciente. A limitação da temporalidade, a incerteza de quando a vida terminará, precisa ser assumida com um estímulo à não desperdiçar a realização das possibilidades humanas, visto que são únicas e singulares. Não se avalia uma pessoa pela quantidade de páginas da sua história, mas pelo conteúdo que apresenta. Nesse sentido a separação entre vida e morte não é lícita de ser feita, pois a morte faz parte da primeira. A morte pertence à vida assim como o sofrimento, visto que nenhum dos dois destitui o sentido da vida, mas a plenifica. É o que Frankl parecia ter em mente quando disse:

Nunca poderíamos avaliar a plenitude de sentido duma vida humana com base na sua duração. No começo a vida é ainda substância na sua totalidade, substância ainda não consumida; mas, à medida que transcorre, perde cada vez mais como substância, convertendo-se em função cada vez mais, para se reduzir, finalmente, aos fatos, vivências e sofrimento, que o seu portador, o homem concreto, foi acumulando. Assim, a vida humana faz lembrar o rádio que como é sabido tem também um “tempo de vida” limitado já que os seus átomos se desintegram e a sua matéria se vai transformando em energia que irradia, nunca mais retornando nem voltando a transformar-se em matéria. (FRANKL, 1989, p. 110-111)

Kübler-Ross defende que as reações mais comuns diante das más notícias passam pela negação da morte. Essa mesma negação é apresentada por Frankl como possibilidade de desdobramento do sofrimento. Para a logoterapia o ser humano possui um núcleo de valores assumidos ao longo da vida que o leva a perceber e agir em cada situação vivida. É precisamente quando uma situação o afeta e o leva a resistir diante dessa realidade experienciada que surge o sofrimento. Desta forma, o sofrimento se estabelece exatamente porque o indivíduo tende a não aceitar o evento estressante, uma realidade contrária ao núcleo de valores pré-concebidos, e que se apresentam como uma nova realidade. Sofremos na tentativa de negar essa realidade contrária à nossa cosmovisão. Sendo assim, para a logoterapia, o sofrimento está intimamente relacionado à negação, e no caso da morte, especificamente, negar o caráter de finitude da existência, como afirma o pai da logoterapia, Viktor Frankl:

Se sofremos por causa de alguma coisa, é precisamente porque não “a podemos sofrer”, isto é, porque não queremos permitir-lhe que vigore. A discussão com os dados fatais do destino é a missão última e rumo genuíno do sofrimento. Se uma coisa nos faz sofrer, é porque interiormente lhe voltamos as costas; é porque criamos distância entre a nossa pessoa e essa coisa. (FRANKL, 1992b, p. 151)

Curiosamente, o mesmo ocorre com as reações da raiva, segundo estágio apresentado por Kübler-Ross, que é o sofrimento externado pelo indivíduo. A raiva é expressa no ato de, após uma notícia catastrófica, se tentar pela primeira vez encarar e aceitar o sofrimento, mas não encontrar nele sentido. Frankl (2016) enfatiza que a raiva é consequência de uma condição perturbadora, que se origina de nossa dimensão anímica. Ela geralmente vem acompanhada da agressividade. Fizzoti (1997), pesquisando a logoterapia, entende que a violência se enraíza na falta de liberdade e, principalmente, na falta de sentido. A logoterapia procura apelar para a liberdade do indivíduo, conscientizando-o frente a responsabilidade de suas atitudes. Segundo Frankl “os impulsos agressivos nunca existem per se numa pessoa, mas sempre como alguma coisa diante da qual ela deve tomar posição.” (FRANKL, 1989, p. 65)

O estágio da barganha se associa com uma ideia sempre presente nas obras de Frankl, o que denomina de *homo religiosus*, pois para o autor, se voltar para o sagrado não é uma coincidência ou defesa psíquica, mas sim um fenômeno ontológico. (MOREIRA; HOLANDA, 2010) Ser humano pressupõe ser transcendência, o que significa que está na essência humana ser sempre em relação a algo. Frankl acreditava em uma relação inconsciente com o absoluto, em um se voltar ao sagrado como recurso no horizonte de possibilidades, estando ele orientado

a fonte inesgotável de força que realiza em atos espirituais as ideias e essências do mundo. (FRANKL, 2016; SCHELER, 2003)

A logoterapia desenvolve o fenômeno da fé não como “um pensar diminuído da realidade da coisa pensada, mas um pensar acrescido da existência daquele que pensa.” (FRANKL, 1978, p. 275) Frankl defende que a fé deve ser firme, mas não rígida. Quem tem a fé rígida se agarra com ambas as mãos a um dogma inalterável, entretanto, quem está seguro na sua fé dispõe de mãos livres e as estende aos seus semelhantes, com os quais está sempre relacionado. (FRANKL, 1978) A logoterapia não entende a fé como crença em Deus, mas sim, como uma crença ampliada no sentido. Como afirma Ludwig Wittgenstein, citado pelo próprio Frankl, “crer em Deus significa ver que a vida tem um sentido.” (FRANKL, 1990, p. 58) Frankl (2016) defende que a relação inconsciente com Deus não se restringe às questões religiosas. As religiões se constituem em formas de linguagem, de significados e símbolos que procuram expressar e dar apoio ao desamparo do homem. Frankl segue a visão scheleriana, que afirma:

No lugar daquela ligação do homem com aquela divindade que se encontra distanciada de maneira meio infantil, meio frágil, tal como ela é dada nas ligações objetivantes, e, por isso, desviantes que são características da contemplação, do louvor, da oração que estabelece um pedido, nós colocamos o ato elementar da entrega pessoal do homem à divindade, a auto realização com a direção de seus atos espirituais. (SCHELER, 2003, p. 90)

Diante do exposto, o estágio da barganha é trabalhado pela logoterapia e nessa análise, Frankl não exclui os ateus, uma vez que sua visão de religiosidade interior vai além da noção popular de religiosidade. (FRANKL, 2016) Para o autor todos os indivíduos tem inconscientemente uma relação com o absoluto, entretanto a forma de significação dessa relação não é universalizante, podendo ser representada através de conversões religiosas para alguns, enquanto outros não abrem espaço para reflexões sobre estes aspectos. Todavia, não conscientizar-se sobre a relação com o sagrado não quer dizer que esta relação não exista. Novamente Frankl parece se inspirar nas ideias de Scheler que afirma: “A esfera de um ser absoluto em geral, indiferentemente do fato dela ser ou não acessível a vivência ou ao conhecimento, pertence de maneira tão constitutiva à essência do homem quanto a sua autoconsciência ou a sua consciência de mundo.” (SCHELER, 2003, p. 86) Mais ainda, para Frankl, falar de um relacionamento inconsciente com o absoluto, ou mesmo de uma presença divina como base da consciência moral, não significa afirmar que o inconsciente seja divino, nem mesmo que Deus esteja dentro do ser humano preenchendo seu inconsciente. Somente

Deus pode afirmar de si próprio “Eu sou aquilo que sou.”²⁵ Frankl, ainda defendendo esse pensamento, afirma:

Deus é uma congruência de ser e ser-assim, de *existentia* e *essentia*. No homem, porém, há sempre uma discrepância entre, de uma parte, o ser e, de outra, o poder e o dever. Esta discrepância, esta distância entre existência e essência são inerentes à vida humana como tal. (FRANKL, 1978, p. 232)

Quando o indivíduo se encontra em um abismo entre seus valores e possibilidades de realização dos mesmos, quando o moribundo não se vê em condições de vivenciar sentidos, sem perspectivas de realizações diante da morte que se apresenta no horizonte, um desligamento do mundo em forma de uma tristeza preparatória, como diria Kübler-Ross, nos deparamos com a depressão. (FRANK, 1990; 1992a) Neste contexto ela não pode ser interpretada como um quadro psicopatológico, mas uma reação existencial diante de um luto antecipatório, sem a percepção de um sentido. Seguindo o pensamento logoterápico, onde o indivíduo encontra sentidos de três formas, se o sujeito está impossibilitado de realizar atos criadores, ou vivenciar plenamente uma experiência afetiva transcendental, o que resta é o desdobramento da possibilidade de vivenciar o sofrimento, na forma de valores de atitude, descortinando os valores de afirmação deste sofrimento como poder de recriação de si diante da adversidade, visto que na impossibilidade de mudar uma situação, a liberdade espiritual dá possibilidade ao indivíduo de mudar a si próprio.

Os valores de atitude são aqueles que possibilitam o sujeito a aceitar um sofrimento. O estágio de aceitação é alcançado nesse encontro da angústia que antecede a morte, assumindo o sofrimento, na impossibilidade de mudar a fatalidade iminente, mas na possibilidade de mudar a si mesmo. Rodrigues (1991) afirma que “a morte é, sem dúvida, a maior adversidade com que o homem se defronta. Não tanto a morte em si, mas o simples conhecimento de que sua vida se extinguirá irreversível e inescapavelmente.” (RODRIGUES, 1991, p. 181) O sofrimento sem sentido implica em desespero, e talvez por isso, o estágio da aceitação seja o mais fácil de se associar à logoterapia.

O sentido da vida, buscado pela vontade espiritual, pela sede de sentido do indivíduo, é relacionada ao estágio que perpassa todos os demais, a saber, a esperança. A vida é, em toda sua complexidade, plena de sentido, como constata Frankl (1997). Kübler-Ross (2017) tem a esperança nas situações estressantes como a fé última no sentido da vida. Essa esperança surge

²⁵ Referência à declaração de Yahweh relatada na Bíblia, no livro de Êxodo, capítulo 3, versículo 14.

quando a vontade de sentido desemboca na realidade de que a vida tem um sentido a ser descortinado. É precisamente focando na dimensão espiritual do sujeito e em sua capacidade de transcendência na vivência dos valores de atitude, que ele pode encontrar sentido e viver uma vida com significado, a despeito de uma situação catastrófica. É nessa capacidade de transcendência que Zisels, sobre a relação entre a logoterapia e tanatologia, afirma:

A Logoterapia e a tanatologia oferecem uma visão que prioriza o sentido de todas as situações; esta é uma ideia mais construtivista do que determinista, que se volta a tudo aquilo que nos cabe viver. Desse modo, se, por um lado, a finitude nos faz olhar a vida com maior profundidade, chamando-nos aos compromissos maiores de nossa existência, por outro, é a vida que oferece significado à morte, tal como o repouso merecido e natural de um guerreiro. (ZISELS, 2016, p. 92)

CAPÍTULO 2 – RESILIÊNCIA E ENFRENTAMENTO

Seriam os conceitos de espiritualidade apresentados, vivenciados e experienciados no campo da saúde e da morte, de alguma forma articulados com a resiliência? Fato é que, como aponta Chequini (2007), a espiritualidade tem sido colocada como a pedra angular da resiliência, capaz de promovê-la e mediá-la. Se, como discutido anteriormente, a principal força motivadora do ser humano é a busca de sentido, é ela a essência da motivação para construção da resiliência. Frankl, tido como um dos grandes nomes nesse tema, afirma:

Não se pode conceber algo que condicione o ser humano a ponto de deixá-lo sem a menor liberdade... O ser humano, em última análise, se determina a si mesmo. Aquilo que ele se torna - dentro dos limites dos seus dons e do meio ambiente - é ele que faz de si mesmo. (FRANKL, 1997, p.113)

Frank, mesmo sem citar o conceito, está embasando aquilo que chamamos de resiliência, e sobre a qual ele foi um dos maiores exemplos. Monteiro afirma:

Esta capacidade para fazer os enfrentamentos, resistir diante do sofrimento, enfim, ter forças para superar as adversidades da vida, está sendo denominada resiliência, termo originário das ciências físicas que significa a capacidade de alguns materiais para resistir à pressão e aos choques, e atualmente foi incorporado pelas ciências humanas. Pesquisas atuais provam a plasticidade cerebral, isto é, a capacidade de modificar-se, de ser moldado pelos acontecimentos, relações afetivas, ideias, etc. Portanto tudo depende de como organizamos a nossa experiência. Não há, psicologicamente, uma realidade totalmente objetiva, há somente padrões subjetivos de experiência. (MONTEIRO, 2008, p.76)

Como afirma Monteiro, o termo resiliência advém da física significando a propriedade particular de alguns corpos retomarem sua forma original após absorção de uma energia deformadora. Nesta área a resiliência é definida como a capacidade de um elemento “absorver energia na região elástica, sendo essa capaz de voltar à forma original, quando finda a causa de sua deformação.” (NASH, 1982, p. 5) Brandão et al. (2011) ressaltam que mesmo na física, “nem tudo que resiste a pressões ou a abalos apresenta resiliência, pois há materiais que sob pressão não se deformam e, nesses casos, nem absorveriam a energia do impacto, sendo considerados resistentes, mas não elásticos.” (BRANDÃO; MAHFOUD; NASCIMENTO, 2011, p. 264) Este termo hoje é mais utilizado pela psicologia e ciências humanas do que pela própria física, entretanto, a transposição de conceitos nem sempre vem acompanhada das adaptações necessárias.

Nestas áreas remete à ideia de superação, transposição de obstáculos. Melillo et al. (2005) defendem que os diferentes conceitos de resiliência falam da adaptabilidade, enfrentamento efetivo, capacidade, resistência à destruição, condutas vitais positivas, temperamento especial, habilidades cognitivas, características do ser resiliente. Todas essas variáveis são desenvolvidas durante situações adversas que lhe permite atravessar e superar esses momentos. Os autores acreditam que se pode estar mais ou menos resiliente de acordo com a situação vivenciada e as condições do meio, visto que ela se caracteriza por relações significativas do indivíduo com outras pessoas e contexto. Como afirmam as autoras Assis et al. “a resiliência (...) existe desde que o homem é homem e precisa superar ou transformar adversidades com que se depara. Ela é o elemento de desafio indissociável à história da humanidade e à trajetória de vida de cada ser humano.” (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006, p. 17)

Brandão et al. (2011) chamam atenção que no Brasil o termo resiliência passa a ser usado a partir da década de 1990, sobretudo na área da psicologia, e logo se espalha para produções de autoajuda e um público leigo. A palavra não fazia parte do vocabulário coloquial brasileiro, e quando se buscava seu significado nos dicionários existentes, estes remetiam ao conceito da física. (BRANDÃO; MAHFOUND; NASCIMENTO, 2011) Yunes (2001) aponta que há mais de 30 anos as palavras *resilience* e *resiliency* na língua inglesa já faziam parte do vocabulário coloquial com uma conotação menos técnica e mais relacionada aos fenômenos humanos. Interessante notar que a associação deste termo com a física não aparece nas pesquisas anglo-saxônicas com seus precursores, como Michael Rutter, Emmy Werner, Ruth Smith, Edith Grotberg, Suniya Luthar, entre outros, mas começa a ser propagada, como aponta Brandão et al., (2011) pelo menos no Brasil, através das pesquisas de Yunes (2001), em alguns momentos até alertando do risco da transposição do termo de uma ciência para outra. Brandão et al. explicam essa questão da seguinte forma:

Parece que o fato de a palavra “resiliência” não fazer parte do vocabulário brasileiro coloquial ou do vocabulário de falantes de outras línguas latinas gerou uma necessidade de entender e justificar então de onde ela teria vindo. Tendo sido encontrado o conceito da física e o termo não ser conhecido fora deste âmbito de conhecimento, pareceu plausível supor que a ideia de resiliência para a psicologia teria vindo da ciência exata. E, no Brasil, como tal origem foi divulgada por uma pesquisadora respeitada, ela passou a ser considerada um fato. Mas para os precursores dos estudos da resiliência, falantes do inglês, a palavra já era conhecida – fora do âmbito da resistência dos materiais – e provavelmente foi escolhida por ser considerada adequada para designar os fenômenos que eram estudados e que abrangiam capacidade de resistência a pressões e estresses, processos de recuperação, regeneração,

adaptação, características de personalidades flexíveis e moldáveis às circunstâncias. (BRANDÃO; MAHFOUND; NASCIMENTO, 2011, p. 266)

Para a ampla maioria dos primeiros pesquisadores anglo-saxões, que iniciaram o estudo sobre o tema, a resiliência estava associada à resistência ao estresse, e por isso, como se verá a seguir, foram selecionados para pesquisas sujeitos que não se abalaram em situações adversas. Os pesquisadores brasileiros que iniciaram seus estudos tendo estes primeiros autores como ponto de partida também partem da mesma concepção, todavia com o avançar das pesquisas incluem um escopo mais amplo, trazendo o sentido de superação.

2.1 – Primeira e segunda gerações

Segundo Chequini (2007) por volta da década de 1970 o fenômeno chamou a atenção de estudiosos das ciências humanas, que questionaram porque algumas crianças, mesmo submetidas a condições de extrema adversidade, não confirmando as previsões, se desenvolveram de forma sadia, dentro daquilo que era considerado normal. Em razão destes fatos, os primeiros estudos sobre a resiliência estavam relacionados às teorias da psicopatologia, estresse e desenvolvimento “sendo então definida como um conjunto de traços de personalidade e capacidades individuais.” (CHEQUINI, 2007, p. 96)

Dois marcos dessa primeira geração foram Emmy Werner e Ruth Smith. A pergunta feita a esse ponto era: “Entre as crianças que vivem em risco social, o que distingue os que se adaptam positivamente dos que não se adaptam à sociedade?” (INFANTE, 2005, p. 24) O objetivo era identificar fatores de risco e a resiliência que influenciavam o desenvolvimento de crianças que se adaptam positivamente, a despeito das condições de adversidade que vivenciavam. De uma forma geral, os pesquisadores dessa geração assumiram o modelo triádico de resiliência, ao organizar em três grupos: Os aspectos da família, os atributos individuais e as características dos ambientes sociais vividos pelos indivíduos. Infante aprofunda nessa geração dizendo que

um marco nessa primeira geração é o estudo longitudinal de Emmy Werner e Ruth Smith em Kauai, Havaí. Foram estudadas 505 pessoas, durante 32 anos, do período pré-natal, em 1955, até a vida adulta. O estudo consistiu em identificar, em um grupo de indivíduos que viviam em condições de adversidade similares, os fatores que diferenciavam os que se adaptavam positivamente à sociedade daqueles que assumiam condutas de risco. No desenvolvimento histórico dessa primeira geração, começa-se a ampliar o foco de pesquisa, que se desloca de um interesse em qualidades pessoais, que permitiriam superar a adversidade (como a auto-estima e autonomia) para um

interesse maior em estudar os fatores externos ao indivíduo (nível socioeconômico, estrutura familiar, presença de um adulto próximo). (INFANTE, 2005, p. 24)

Nos primórdios do estudo eram considerados resilientes os indivíduos que seriam capazes de sobreviver à situações estressantes sem apresentar dano permanente, seja em sua saúde emocional ou capacidade cognitiva, como um vergalhão de aço ou um bambu que retorna à condição original após uma pressão contra eles exercida. Embora essa ideia ainda seja difundida, estudos mais recentes procuram apontar outras variáveis, menos deterministas e mais sensíveis às questões sociais que desembocaram no fenômeno. Inicialmente se pensava em condições inatas nos indivíduos resilientes que os levava a resistir e não se deformarem permanentemente diante das adversidades, (YUNES; SZYMANSKI, 2001) se aproximando bastante do conceito advindo da física. Com a evolução dos estudos, essa ideia foi superada e a investigação muda do indivíduo para as interações da pessoa com o meio e suas maneiras de superar e se adaptar mediante a adversidade.

Os estudos mais recentes tem a resiliência como um processo bem mais dinâmico, composto de vários fatores que interagem entre si, individuais, mas também coletivos, relacionados ao ambiente sociocultural e ecológico. (RUTTER, 1999) Essa segunda geração de pesquisadores data dos anos 1990. Alguns nomes importantes dessa fase são Rutter, Luthar, Grotberg, Kaplan e Bernard. A pergunta que querem responder é: Quais são os processos associados a uma adaptação positiva, já que a pessoa viveu ou vive em condições de adversidade? Além de se atentarem aos fatores que estão presentes nas vidas dos sujeitos que se adaptam positivamente vivendo situações estressantes, como fazia a primeira geração, essa fase das pesquisas aprofunda na dinâmica entre os fatores que estão na base da adaptação resiliente.

Nessa empreitada Michael Rutter (1985; 1987; 1999) introduz o conceito de mecanismos protetores e Edith Grotberg (1995) a noção dinâmica da resiliência, afirmando que ela requer a interação de três fatores: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou). (GROTBERG, 1995) De uma forma geral, essa geração de pesquisadores entende que as influências do ambiente e do indivíduo estão em uma relação dinâmica que permite à pessoa se adaptar e superar a adversidade. Sobre essa fase da pesquisa concernente à resiliência, Infante afirma:

A maioria dos pesquisadores, pertencentes a essa geração, simpatiza com o modelo ecológico-transacional de resiliência, que tem suas bases no modelo ecológico de Bronfenbrenner. A perspectiva que norteia o modelo ecológico-

transacional de resiliência consiste em o indivíduo estar imerso em uma ecologia determinada por diferentes níveis, que interatuam entre si, exercendo uma influência direta em seu desenvolvimento humano. Os níveis que formam o marco ecológico são: o individual, o familiar, o comunitário (vinculado aos serviços sociais), e o cultural (vinculado aos valores sociais). Ao decifrar esses processos dinâmicos de interação entre os diferentes níveis do modelo ecológico, poder-se-á entender melhor o processo imerso na resiliência. (INFANTE, 2005, p. 25)

O desafio dessa geração seria conhecer os processos de uma adaptação resiliente para possibilitar avanços na pesquisa e a criação de estratégias de promoção da resiliência. Esses autores veem o termo resiliência como possibilidade de superação, não como eliminação, mas uma ressignificação do problema. Almeida (2017) apresenta essas duas gerações de estudiosos da resiliência da seguinte forma:

Neste momento inicial das pesquisas, o principal interesse era descobrir o que influenciava positivamente aquelas vítimas de tantas mazelas a ponto de fazê-las adaptadas a toda uma série de adversidades. Quais eram as características que aquelas pessoas tinham para que pudessem se desenvolver bem, e que as faziam diferentes das outras que não se reerguem frente às tragédias? Fica clara a preocupação em se identificar qualidades e traços pessoais que constassem na personalidade dos resilientes, e que determinassem a superação dos infortúnios, nesta fase da pesquisa. Com este objetivo em vista, os pesquisadores discriminaram três grupos de fatores resilientes: características individuais, fatores familiares e aspectos do ambiente onde estas pessoas se desenvolvem. A geração posterior de estudiosos se preocupou, também, em conhecer quais os aspectos pessoais que diferenciavam os resilientes, porém, entendendo resiliência como algo dinâmico, construído a partir de processos, e desenvolvido ao longo da vida. Nestes processos, atuam questões individuais, características do ambiente, suporte social, todos sempre em inter-relação. (ALMEIDA, 2017, p. 125-126)

Sendo estudada com mais afinco pela psicologia e psiquiatria como a capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental durante a vida, mesmo após a exposição às adversidades, a resiliência passa a ser estudada também pela medicina como a capacidade do indivíduo resistir à doenças, infecções e intervenções com ou sem a ajuda de medicamentos. (ASSIS; PESCE; AVANTI, 2006) De uma forma mais ampla passa a significar a capacidade de se acomodar, superar, e se reequilibrar constantemente frente aos eventos estressantes.

A resiliência surge através da confluência de vários fatores. O ser humano não nasce resiliente, mas é através de um processo de interação do indivíduo com outras pessoas e com o meio, que ela se desenvolve naturalmente, se tece durante todo o ciclo vital. As atitudes resilientes podem ser desenvolvidas com o apoio de pessoas e instituições, sejam elas, a família,

igreja, escola, centro de saúde, organizações ou associações sociais ou políticas, que busquem motivar e auxiliar na ativação de capacidades que gerem superação das adversidades.

Rocca (2008) afirma que “o ser humano é influenciado pelas expectativas e pelo olhar dos outros, não só da mãe, mas também de outros familiares, dos amigos, dos vizinhos, dos educadores e da sociedade.” (ROCCA, 2008, p. 256) Longe de ser um traço de personalidade ou algum atributo nato, a resiliência é algo construído no espaço entre o indivíduo e a sociedade. Sendo assim, não é exclusivamente pessoal, tampouco social, visto que envolve diversos fatores em uma dinâmica que é elaborada com a presença de outros que dê suporte àquele que enfrenta a adversidade, através de escuta compreensiva ou uma presença motivadora.

Especialista no tema, Rutter (1985) apresenta o conceito como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilita o sujeito ter uma vida sadia, mesmo vivendo em um meio insano ou em circunstâncias desfavoráveis. Ainda assim, o indivíduo pode alternar estágios de resiliência ao longo da vida de acordo com a situação que vive e o que ocorre em seu entorno. Rutter (1999) acredita que a resiliência não pode ser concebida como um traço da personalidade, mas como um processo dinâmico e variável, de acordo com os contextos. Ele classifica a resiliência como uma habilidade que pode ser adquirida e aprendida em qualquer idade. Visto assim, a resiliência passa a ser vista como uma construção dinâmica, modificável ao longo da existência de acordo com as circunstâncias e contextos, e favorece a possibilidade de intervenções tardias como potenciais ferramentas de ampliação da capacidade dos sujeitos no enfrentamento das adversidades.

Walsh (2005) explica que a resiliência não ocorre apesar da adversidade, mas em função dela. É a adversidade que aciona a criatividade e desencadeia a adaptação. É exatamente neste contexto da adversidade que as crenças surgem como poderosas forças na resiliência. Chequini (2007) afirma que “tais sistemas de crenças são identificados como a capacidade para resignificar a adversidade dentro de uma perspectiva positiva de transcendência e espiritualidade.” (CHEQUINI, 2007, p. 107) A fé religiosa, as crenças no transcendente, a espiritualidade e a capacidade de atribuir um significado aos eventos estressantes são variáveis frequentemente apontadas como dimensões de importante papel no desenvolvimento da resiliência. (SMITH; ORTIZ; WIGGINS; BERNARD; DALEN, 2012) A espiritualidade aciona no indivíduo processos subjetivos com capacidade de resignificar as situações adversas, criando formas de atuação resilientes diante da realidade. Nessa relação entre espiritualidade e resiliência Almeida afirma que

a espiritualidade pode dar sentido à vida, trazendo uma ressignificação positiva diante de momentos difíceis. Lembra ao homem que há algo além dele mesmo, faz com que este homem se ligue a este além, a fim de se reconhecer como limitado, mas pleno e em comunhão com um todo, do qual faz parte. (ALMEIDA, 2017, p. 141-142)

2.2 – Fatores de proteção e de risco

A resiliência compreende fatores de proteção e de risco. Os fatores de proteção são entendidos como os elementos que protegem e fortalecem o indivíduo nas adversidades. Como exemplo, pode-se pensar nos relacionamentos positivos, ambiente social que ofereça suporte, autoestima fortalecida, projetos de vida bem estabelecidos, satisfação de vida e desenvolvimento da espiritualidade. Esta última é tida como um fator protetor porque oferece recursos aos indivíduos para lidarem com situações complexas e se adaptarem ao estresse. Esses elementos se estabelecem como fortalezas frente às adversidades e contribuem no processo de superação do indivíduo após uma situação traumática. Eles constituem um papel fundamental no reestabelecimento do equilíbrio perdido diante dos eventos estressantes e possuem quatro funções principais: criar oportunidades para reverter os efeitos do stress; estabelecer a autoestima e autoeficácia; reduzir o impacto dos riscos; e reduzir as reações negativas em cadeia através do estabelecimento de relações seguras. (PESCE; ASSIS; SANTOS; OLIVEIRA, 2004)

Rutter (1987) enfatiza a importância de não se deter apenas ao resultado dos fatores de proteção, mas também aos processos e mecanismos implícitos. Dito de outra forma, para o autor não se deve simplesmente apontar as variáveis protetoras, mas, para além disso, é preciso compreender como elas atuam na minimização do estresse diante das adversidades. Esses fatores são classificados em três grupos: fatores de proteção individuais, familiares e comunitários. (WERNER, 1985; SIMÕES, 2012) Nos fatores individuais estão presentes o temperamento, a capacidade cognitiva e de reflexão. Baixos níveis desses fatores aumentam a vulnerabilidade do indivíduo diante das adversidades. Nos fatores familiares estão presentes o afeto e a coesão familiar. Nos fatores comunitários se encontram o apoio dos professores, profissionais e instituições. Segundo Simões (2012) a literatura que trata sobre o tema da resiliência demonstra claramente que as características da família e comunidade tem o poder de alterar e até mesmo reverter resultados danosos previstos, e consequentemente, auxiliar no desenvolvimento da resiliência.

Paludo e Koller (2005), ao apresentarem a resiliência como um processo dinâmico, relatam o resultado de suas pesquisas onde encontraram fatores individuais, como alegria, espontaneidade e persistência, além da capacidade de superação das adversidades e redes de

apoio como os fatores de proteção primordiais na construção de resiliência na trajetória de vida de adolescentes em situação de rua. (PALUDO; KOLLER, 2005) Em outra pesquisa, que visava entender o papel desses mesmos fatores em crianças hospitalizadas e suas mães, Teles (2005) constatou o aspecto religioso, fé em Deus, aspectos políticos e econômicos e redes de apoio social como fatores protetores direcionadores para condutas resilientes nos sujeitos (TELES, 2005) Para o autor, esses fatores identificados tem o papel de propulsores da resiliência em indivíduos nessas condições.

Já os fatores de risco são entendidos como aqueles que expõem o indivíduo à vulnerabilidade, trazendo desespero e tristeza. Aqui se pode mencionar as tragédias naturais, violência, desemprego, perda de pessoas próximas ou doenças. Morais (2006) ainda os apresenta distinguindo entre fatores familiares, como baixa condição social; dificuldades emocionais, como apatia, baixa autoestima, insucesso e falta de interesse; contexto ecológico, como racismo, pobreza, etc.; problemas interpessoais, como isolamento; e ainda déficit de competências, como dificuldades de aprendizagem e baixo Q.I. (MORAIS, 2006) O autor ainda afirma que “os fatores de risco são preditores de consequências desfavoráveis ou são manifestações precoces de futuros comportamentos.” (MORAIS, 2006, p. 27) Eles aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais.

De uma forma geral, os fatores de risco podem ser tidos como elementos de natureza pessoal, social ou ambiental que aumentam a probabilidade do indivíduo desenvolver transtornos psicológicos. Eles estão associados à eventos negativos de vida capazes de potencializar disfunções de ordem física, emocional e/ou social. Vale ressaltar aqui, entretanto, que aquilo que pode ser considerado como risco para um indivíduo, pode não ser considerado para outro, dependendo, em muitos casos, da visão subjetiva de cada sujeito, além do modo como percebe e atribui significado ao evento ou circunstância. (YUNES; SZYMANSKI, 2001)

Em um momento inicial os fatores de risco eram vistos de maneira estática, todavia, estudos mais recentes entendem os mesmos como um processo. Desta forma, não é suficiente a identificação destes fatores, mas também é preciso perceber os processos que emergem deles e que podem os vincular a resultados disfuncionais, levando em consideração o tempo em que o indivíduo esteve exposto a eles e o contexto. (COWAN; COWAN; SCHULZ, 1996; PESCE et al., 2004) O impacto que podem causar nos indivíduos pode ser diferente de acordo com muitas variáveis, concernentes não apenas as características de cada fator de risco, como também das características dos indivíduos expostos a estes riscos e da interação entre os indivíduos e o risco. (SIMÕES, 2012)

Uma condição não pode ser considerada como fator de risco apenas porque afeta negativamente o desenvolvimento, sem levar em consideração outras variáveis relativas à influências e condições. Koller e Lisboa (2007), por exemplo, sinalizam que a priori, a pobreza não pode ser tida como fator de risco, desconectada do contexto, visto que em países considerados pobres, pessoas ricas podem ter experiências estressoras e situações de risco ao sentir medo de serem sequestradas, assaltadas e violentadas, por exemplo. Ou seja, esses elementos podem ser fatores de risco, mas não o são sempre.

Relacionando essas duas categorias pode-se dizer que os fatores de proteção buscam resguardar o sujeito dos fatores de risco, protegendo dos percalços, aí existentes. Nesse contexto, para muitos autores, a resiliência se estabelece exatamente no equilíbrio entre os fatores de proteção e de risco. “A resiliência é considerada como o resultado final do ‘processo de proteção’ que não eliminam os riscos experimentados, mas encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com a situação sofrida e a sair fortalecido dela.” (ASSIS; PESCE; AVANCI; 2006, p. 63)

Rutter (1987) defende que, na realidade, os fatores de proteção só são eficazes com a existência do risco, visto que para indivíduos que apresentam poucos fatores de risco, esses fatores não possuem qualquer efeito. Para o autor os fatores protetores não funcionam por si só, mas produzem efeito nas variáveis de risco. Segundo Couto:

Os mecanismos protetores reduzem o impacto do risco através de alteração do significado ou do perigo do risco pelos indivíduos, alteração da exposição ou do envolvimento do indivíduo com o risco, redução das reações negativas decorrentes da exposição ao risco, manutenção de auto-estima e auto-eficácia e criação de oportunidades para reversão dos efeitos do estresse. (COUTO, 2005, p. 15)

Percebe-se que os fatores de proteção atuam sobre os fatores de risco, trazendo melhoria, manutenção ou diminuição em um ajustamento. Quando o resultado perante o risco é igual ou superior à proteção, temos o que Rutter denomina de processos de proteção. (RUTTER, 1985; 1987) O autor apresenta quatro processos de proteção que conduzem à resiliência. O primeiro é a redução de impacto dos fatores de risco no sujeito. Essa redução pode ocorrer alterando o significado que esse fator representa ou alterando a exposição do indivíduo e seu conseqüente envolvimento mais próximo à situação. O segundo é a redução das conseqüências negativas da exposição, visto que os resultados da exposição ao risco geralmente geram mais risco, como em uma reação cíclica. O terceiro processo protetor diz respeito a promoção da autoestima e autoeficácia, que de acordo com Rutter, tem íntima ligação com as

relações seguras e harmoniosas, promovendo um sentimento de valor pessoal e convicção em saber lidar saudavelmente com os percalços que a vida oferece. Por último Rutter fala sobre a abertura de oportunidades, muito importante numa transição, e podem ser entendidas como participação em atividades que promovam o desenvolvimento de competências sociais, experiências positivas no meio acadêmico, esportes, música, ou outra área que confira sentido ao indivíduo, que lhe proporcione prazer e contentamento. (RUTTER, 1987) Esses processos auxiliam o indivíduo a aumentar suas expectativas futuras, e incentivam ao esforço e persistência na busca dos seus objetivos.

2.3 – Coping e Coping religioso/espiritual

Ao estudar o tema da resiliência, outros conceitos vão surgir e precisam ser aprofundados. Um deles é o de *coping*. Este termo comumente não é traduzido, mas tem sido entendido no português como “adaptar-se a”, “lidar com” e principalmente “enfrentamento”. “O *coping* é concebido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes.” (PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 128) Por situações estressantes, Lazarus e Folkman (1984) entendem “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é apreciado por ela como excedente aos seus recursos, o que coloca em perigo o seu bem-estar.” (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, p. 19)

Uma diferenciação entre resiliência e *coping* pode ser feita destacando a intencionalidade. Enquanto na resiliência a superação diante da situação estressante, mesmo levando em consideração todos os elementos já apresentados, simplesmente acontece, no *coping* existe uma intencionalidade nas ações tomadas frente às adversidades. Lazarus e Folkman (1984) defendem que no *coping*, os indivíduos acometidos pelos traumas podem desenvolver mecanismos e comportamentos para se protegerem das consequências daquelas situações estressantes. Esses mesmos mecanismos podem ser aprendidos, utilizados e, posteriormente, descartados.

Todo esse processo é fruto de ações cognitivas conscientes. Almeida (2017) afirma que “o sujeito tem a noção de como vai interagir com a situação estressora. Neste sentido, existe uma noção e avaliação consciente da situação para se chegar numa resposta, também consciente, de como amenizar o resultado negativo.” (ALMEIDA, 2017, p. 147)

Algumas teorias surgiram buscando a conceituação do *coping*, e hoje, existem três visões prevaletentes, que se utilizam de metodologias e embasamentos distintos. A primeira

define o *coping* como uma maneira de controlar o ambiente, afim de diminuir o aparecimento de transtornos psicofisiológicos. Esta teoria se baseia na experimentação animal e não considera as diferenças individuais, a apreciação do problema, as estratégias cognitivas, os sentimentos e emoções (ZANINI, 2003)

A segunda teoria se utiliza de conceitos da psicanálise, associando aos do *coping*, e está relacionada à psicologia do ego. Este pensamento correlaciona estes temas com os mecanismos de defesa como formas de lidar com os conflitos sexuais e a agressividade. Os fatores ambientais, externos ao sujeito, são, para essa teoria, os principais motivadores do processo de *coping*. (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998) Algumas derivações dessa teoria tendem a ver o *coping* como um traço de personalidade, visto que estes influenciam em como o indivíduo enfrenta um evento estressante. (PAULA JUNIOR, 2009) Já outra derivação classifica o *coping* como um estilo, constituído de métodos de enfrentamento que levam em consideração o momento do evento. Essas duas derivações, apresentadas acima, são embasadas em uma abordagem psicodinâmica.²⁶ (ZANINI, 2003)

Na terceira visão pessoas e ambientes são definidos em uma relação de interação e relevância. (YUNES; SZYMANKI, 2001) Este modelo coloca o indivíduo como auto regulador dos seus próprios comportamentos e emoções, “e motivado a manter o status quo perante as situações ou problemas enfrentados.” (PAULA JUNIOR, 2009, p. 29)

Diversas estratégias de *coping* foram sendo desenvolvidas e estilos diferentes podem influenciar em situações distintas. Estas são definidas não em termos de preferência, mas de aplicação, a serem utilizadas diante de eventos estressores que exigem enfrentamentos diferentes. Enquanto os estilos de *coping* se referem a resultados ou características de personalidade, e tem sido associados à elementos relacionados à disposição dos indivíduos, as estratégias de *coping* dizem respeito à ações cognitivas e comportamentais e geralmente são associadas à fatores situacionais. (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; PANZINI; BANDEIRA, 2007) Como um processo de interação entre indivíduo e seu meio, o *coping* não tem como função controlar ou dominar a situação estressora, mas sim, administrar, ou seja, reduzir, minimizar ou tolerar. (LAZARUS; FOLKMAN, 1984)

²⁶ A abordagem da psicologia conhecida como psicodinâmica não utiliza as rotas científicas usuais de explicação, em vez disso, concentra-se em pensamentos do indivíduo sobre as experiências, como eles veem o mundo e seus relacionamentos. Sigmund Freud é considerado o fundador da abordagem psicodinâmica, que é uma alternativa deliberada de psicologia comportamental. Esta abordagem à psicologia incide sobre as unidades e centra-se nas pulsões de uma pessoa individual, especialmente as do inconsciente. Ela também se concentra nas diferentes estruturas da personalidade de alguém. Embora as teorias de Freud tenham se tornado a base para a teoria psicodinâmica, a teoria cresceu para incluir as ideias de outros cientistas, como Carl Gustav Jung e Erik Erikson.

Pargament (1997), criador do conceito de *coping* religioso/espiritual, associa seu significado à introdução de elementos sagrados na forma de responder aos eventos estressores. O autor defende que, em momentos de experiência crítica, a forma como o indivíduo analisa a crise que atravessa caracteriza uma demanda de esforço. Exatamente essa revisão, concomitantemente aos métodos específicos, que se constituem o foco do enfrentamento. Dito de outro modo, orientar e promover significados e recursos de forma que possa lidar com eventos estressantes. (PARGAMENT, 1997)

Panzini e Bandeira (2007) apresentam três formas como a religião pode estar envolvida no *coping*: Pode ser parte, pode contribuir ou pode ser produto/resultado do processo de *coping*. O *coping* religioso é caracterizado quando os indivíduos se voltam para a religião para lidar com a situação estressora. Nas palavras dos autores citados:

[*Coping* Religioso/Espiritual] é o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas da vida, por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida. (PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 129)

Geralmente, ao se deparar com as crises, o ser humano utiliza a religiosidade como um dos recursos de enfrentamento. É com esse pressuposto que Pargament (1997) argumenta que a dimensão religiosa é acessível e disponível no momento em que os limites pessoais são ultrapassados, por isso a demanda de busca por significados diante da dor e do sofrimento é vista como um recurso situacional. A forma de manifestação da dimensão religiosa depende do modo como cada indivíduo encara o problema e busca auxílio. A religião possui implicações práticas, visto que se faz presente em momentos difíceis e possui elementos significativos na resolução de problemas. Ela pode afetar a maneira como alguém percebe o sentido de suas dificuldades. Esse processo pelo qual a pessoa tenta lidar e compreender as situações estressantes através da espiritualidade, crença ou comportamentos religiosos, é definido por Pargament (1997) como enfrentamento religioso. Seus pressupostos são:

1. Existência de uma experiência estressante;
2. Avaliação que a pessoa faz da situação: ameaça, dano ou desafio;
3. Recursos disponíveis para lidar com a situação;
4. Responsabilidade ao lidar com determinada experiência.

Pargament (1997) justifica a relação entre religiosidade e enfrentamento defendendo que essa associação traria contribuições significativas à vida das pessoas, exatamente por se desempenhar um papel importante na solução de problemas. Além disso esse olhar possibilitaria

um aprendizado maior sobre a religiosidade, que é parte integrante do cotidiano do ser humano. A religião pode oferecer uma estrutura que ajuda os indivíduos a prever, entender e controlar as situações, visto que é tida como provedora de uma estrutura de referência.

Em oposição à Freud (1997) que apresenta a religião como uma defesa, fuga ou esquiva, que protege o indivíduo da confrontação com a realidade, Pargament e Park (1995) acreditam que ao reduzir as tensões e distorcer a realidade, a religião fornece conforto, consolo e alívio. Para eles, a religião é parte de um processo na solução de problemas e não uma fuga defensiva da realidade, como sugeriria Freud. No enfrentamento religioso, o ser humano é um agente proativo que faz escolhas diante das possibilidades que lhe são dadas. O uso da religião, da espiritualidade e da fé são recursos possíveis no lidar com eventos adversos e consequências negativas dos problemas da vida. A busca por significado para um evento estressante, atribuindo-lhe como causa uma força suprema, tem a possibilidade de oferecer auxílio aos indivíduos na tarefa de manejarem, enfrentarem e adaptarem-se a circunstâncias desfavoráveis.

Em estudo posterior, Pargament, Koenig e Perez (2000) apresentam cinco funções-chave para definir os métodos e modalidades de enfrentamento religioso: significado, quando oferece um sentido à vida do ser humano; controle, quando oferece caminhos a fim de conter determinadas intempéries; conforto/espiritualidade, quando promove consolo ou bem-estar do indivíduo; familiaridade/espiritualidade, que é tida como um mecanismo de solidariedade social; e transformação de vida, que se dá quando o indivíduo avalia e desiste de antigos valores, passando a adotar novas fontes de significação da vida.

Panzini (2004), ao apresentar os resultados de suas pesquisas, verificou que aqueles que usaram mais *coping* religioso diante de eventos estressantes apresentaram melhor qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-bref²⁷: físico, psicológico, relações pessoais, ambiente e global, além de maiores níveis de saúde, frequência religiosa e saúde espiritual.

A religião pode assumir funções diferentes nos diversos estilos de solução de problemas. Pargament (1988) apresenta três modalidades de enfrentamento religioso que encontrou em suas pesquisas: autodirigido, onde o indivíduo assume postura ativa na resolução dos problemas, e seus ganhos e vitórias são atribuídas a si mesmo. Este estilo considera o indivíduo ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas. Ele não é antirreligioso, contudo, postula que Deus é aquele que concede liberdade à pessoa para conduzir sua própria vida; delegante ou passivo, em que a responsabilidade pela solução dos problemas é delegada

²⁷ The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) é um questionário de 26 perguntas sobre como o indivíduo se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida.

à Deus, levando o indivíduo a assumir uma postura passiva à espera de soluções que venham de Deus; e colaborativo ou cooperativo, através do qual a reponsabilidade é atribuída tanto à Deus quanto ao indivíduo, visto que ambos são tidos como participantes ativos, trabalhando juntos em busca da solução dos problemas.

Posteriormente outro estilo foi agregado aos já existentes, a saber, a súplica, quando o indivíduo tenta influenciar a Deus mediante petições, na expectativa da sua divina intervenção. Wong-McDonald e Gorsuch (2000), posteriormente, propuseram um quinto estilo, que denominaram de renúncia. Este foi embasado no conceito bíblico neotestamentário²⁸ de auto renúncia. Neste estilo o indivíduo, de forma ativa e consciente, resolve renunciar sua vontade em favor da vontade de Deus.

Geralmente, como apontam Pargament (2000) et al., se considera como *coping* religioso/espiritual positivo os estilos autodirigido, colaborativo e renúncia, e como *coping* religioso/espiritual negativo os estilos delegante e súplica. Mais recentemente, Panzini (2004) propôs uma nova classificação positiva e negativa do estilo súplica, visto que, segundo sua percepção e pesquisa, este estilo carrega ambas as dimensões. As diferenças que podem ser classificadas, segundo a autora, residem no teor e na forma em que o estilo é utilizado. Ou seja, se o indivíduo suplica pelo apoio divino tentando modificar a vontade de Deus segundo seu próprio querer, pode-se classificar como *coping* religioso/espiritual negativo. Todavia, se o mesmo indivíduo suplica apoio divino, respeitando sua vontade em detrimento do seu desejo pessoal, pode-se classificar como *coping* religioso/espiritual positivo. Apesar e todas esses estudos apresentados e das evidências que apontam para a contribuição dessa dimensão dentro do *coping*, as pesquisas focadas no tema, tem aprofundado pouco nos aspectos religiosos e espirituais. Rocca Larrosa afirma:

A literatura sobre resiliência ainda é pouco exaustiva ao falar de religiosidade, fé ou espiritualidade. Nem todos os autores abordam a temática. No entanto, alguns, em especial Vanistendael, desenvolvem com marcada ênfase esse aspecto. Consideram que o sentido da vida como pilar da resiliência pode estar vinculado a uma filosofia de vida e, muitas vezes à vida espiritual e à fé religiosa. (ROCCA LARROSA, 2008, p. 260)

²⁸ O estilo da renúncia foi cunhado pelos autores baseado em dois textos do livro bíblico de Mateus, capítulo 10, versículo 39, que diz “Que acha a sua vida a perderá, e quem perde a sua vida por minha causa a encontrará” (Nova Versão Internacional); e capítulo 26, versículo 39 que diz “Indo um pouco mais adiante, prostrou-se com o rosto em terra e orou: ‘Meu Pai, se for possível, afasta de mim esse cálice; contudo não seja como eu quero, mas sim como tu queres.’” (Nova Versão Internacional)

Em relação à dimensão da saúde a resiliência se apresenta como um fator de extrema importância devido as alterações no estado físico, emocional, social, econômico, familiar, entre outros, enfrentados pelo paciente, e como esses indivíduos tem como aptidão a capacidade de dar novo significado às suas vivências. Werner (1985; 1995) identifica a espiritualidade como fator de resiliência, e suas pesquisas revelam que o aumento da espiritualidade oferece uma estratégia de enfrentamento no lidar com eventos estressantes, promovendo a resiliência. Nesse sentido Chequini, baseada em seus estudos, afirma:

Quando existe uma situação adversa, que no caso desta amostra é o câncer, supõe-se que ocorra um conflito, uma situação que o ego não consegue assimilar, interrompendo o processo de progressão da energia psíquica, que passa por períodos de regressão na busca da integração de novos conteúdos capazes de superação, do enfrentamento da adversidade. Esse movimento da psique em busca de uma adaptação positiva, se bem sucedido, dá-se no sentido da individuação, que inclui as experiências espirituais e caracteriza o processo resiliente. (CHEQUINI, 2009, p. 123)

CAPÍTULO 3 – NOVO OLHAR: ESPIRITUALIDADE, SENTIDO E RESILIÊNCIA COMO ELEMENTOS DA SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) nos apresenta sua definição de saúde como um completo bem-estar corporal, psíquico e social, e não apenas ausência de doenças. Para Jürgen Moltmann²⁹ (2012) essa definição torna a saúde ideal inatingível para os seres humanos. Para ele, tal noção de saúde como funcionamento perfeito de todos os órgãos, acaba levando a uma utopia da alegria sem dor, de uma existência sem conflitos, de um paraíso cuja paz está mais para um cemitério. A expressão “completo bem-estar” denota pouca dinâmica em um processo em que pessoas não permanecem em um estado constante, e revela uma idealização do conceito que não pode ser utilizado como meta nos serviços de saúde. Segundo Moltmann, em sua concepção, saúde é a capacidade para superação da forma autônoma da dor, da enfermidade e da morte. Não é ausência de dor e transtornos. É a força para viver com eles. (MOLTMANN, 2012)

Se enxergarmos a saúde como essa força pra realizar a existência humana, o ser humano passa a ser colocado acima do ser são. A saúde deixa de ser o sentido da vida humana e passa a ser a consequência de uma vida com sentido. Outrossim, se dissociarmos a saúde de uma intervenção unicamente curativa, outras dimensões podem vir à tona, como possibilidades de conferir novos sentidos a vida. Nesse tema, Almeida (2006) afirma:

A idolatria da saúde pela sociedade burguesa produz exatamente aquilo que ela mais quer superar, o temor da enfermidade e da morte. Mas, se consideramos, provisoriamente, saúde como a força para realizar a existência humana, então a reivindicamos não apenas diante do endeusamento ilusório do moderno culto da saúde; antes a descobriremos principalmente na experiência da dor, do sofrimento e da morte. (ALMEIDA, 2006, 175-176)

Batistella (2007) defende que o conceito apresentado pela OMS traz sérios problemas podendo ocasionar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado perigoso. Ao se tentar definir um estado de completo bem-estar mental e social, para o autor, pode se supor uma existência sem angústia e conflitos, que na realidade, fazem parte da

²⁹ Depois de Karl Barth, Jürgen Moltmann é o mais conhecido e influente teólogo reformado do século XX. Alemão, Fundador da Teologia da Esperança, é professor emérito de Teologia Sistemática na Universidade de Tübingen. Moltmann é uma figura importante na teologia, considerado o maior teólogo vivo na atualidade. Ele fez contribuições significativas para um número de áreas de teologia.

trajetória humana. Desta forma, o discurso médico pode se tornar jurídico, e passível de intervenção ou medicalização tudo aquilo que for considerado perigoso ou desviante. (BATISTELLA, 2007) Nessa linha a saúde não pode ser classificada como ausência de erros, desvios e transtornos, mas sim, com a capacidade de enfrenta-los. Não se pode, assim, associar a saúde com normalidade, embora seja a definição mais utilizada pelo público em geral.

Vários autores (CANGUILHEM, 2006; ALMEIDA FILHO & JUCÁ, 2002; BATISTELLA, 2007) tem destacado o equivoco entre os conceitos de anomalia e patologia, ou, de forma mais clara, entre normalidade e saúde. Sobretudo na cultura ocidental moderna, o processo de saúde-doença tem sido explicado pelos saberes biológicos, favorecendo aquilo que se conhece como modelo biomédico, ou, em alguns contextos, biomedicina. (BONET, 1999) Esclarece Bonet que o processo de construção desse modelo começa a tomar forma na Europa ocidental, e teve como pano de fundo o ambiente científico “como uma fratura epistemológica ocasionada pelo advento da filosofia mecanicista, a qual propunha uma nova forma de ver o mundo. Nesse momento as explicações religiosas sobre a natureza cederam lugar a interpretações racionalistas.” (BONET, 1999, p. 125-126) Os fatos e análises que aqui importam, são apenas aqueles apreensíveis por um pensamento metódico e racional.

No ano de 1986, na cidade de Brasília, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi formulado aquele que ainda hoje se conhece como conceito ampliado de saúde, como resposta aos regimes autoritários e crises dos sistemas públicos de saúde em vários países da América Latina nos anos de 1970 e 1980. Foi postulado que:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

Apesar de, até mesmo na constituição brasileira, a saúde ser promulgada como “um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), e esse texto ainda ser considerado hoje como uma grande conquista após a redemocratização do país, a organização de serviços e assistência parecem não estar nem um pouco preparadas, política e tecnicamente, para o cumprimento. Pensar a saúde para além de um modelo biomédico, abarcando acesso à educação, trabalho, transporte, alimentação e lazer, necessita de uma reorganização do modelo de atenção para além das práticas curativa e pontual usuais.

A noção de saúde sempre vai possuir marcas do tempo em que é refletida, visto que abarca contextos de natureza econômica, social e cultural de um tempo e local. Uma fiel compreensão significa levar em consideração o grau de conhecimento disponível em cada sociedade. Sabroza (2001) classifica a saúde como um sistema complexo, diante da sua imprecisão, dinâmica e abrangência, entretanto, sua compreensão é importantíssima na tarefa de reorientar as práticas de saúde habituais, procurando uma posição frente a defesa de uma ética que valoriza a vida humana, colaborando com a construção de ambientes e de sociedades mais justas e saudáveis, pois é diante da vida e das circunstâncias que a compõem que deve ser elaboradas e executadas as práticas de saúde. Essa reflexão torna urgente que as equipes de saúde se concentrem na percepção de como a população compreende as práticas de saúde, visto que é exatamente nesse encontro entre sujeitos, e não entre sujeito e objeto, que se constrói formas de cuidado mais mediadoras que intervencionistas.

3.1 – Saúde como ausência de doenças

A noção de saúde como ausência de doenças ainda é difundida no senso comum, visto que as pesquisas mais tecnicistas do ramo da saúde tendem a confirmar esta ideia, e não negar, como no conceito da OMS. Segundo Batistella (2007) até meados do século XVIII havia uma visão ontológica da doença, sendo ela tida como uma entidade que subsistia no ambiente como qualquer elemento da natureza. À medida que, com o passar do tempo, as doenças passam a ser acompanhadas de forma estatística, a área da saúde, sobretudo o ambiente hospitalar, se transforma em um ambiente de produção do saber.

Nos séculos XVII e XVIII, diferentemente dos dias atuais, o hospital era uma instituição de assistência voltada exclusivamente para população pobre. Apenas no final do século XVIII o aprendizado da medicina será associado aos hospitais. (BONET, 1999) Bonet ainda afirma que até por volta do século XVIII a igreja católica monopolizava o poder dentro dos hospitais, mas a partir da inversão de estrutura ocorrida com a inserção de medicalização neste espaço, o hospital passa a se conceber como espaço de cura, e o médico se torna o principal responsável. (BONET, 1999) Batistella relata que

o sintoma passa a representar a linguagem primitiva do corpo. Com o aprofundamento dos estudos anatômicos, as dissecções de cadáveres passam a procurar a doença no corpo (e não fora dele) a partir de seus sinais, e o desenvolvimento da anatomia patológica torna-se um dos principais alicerces da medicina moderna. Mais à frente, a unidade de análise deixa de ser o órgão e passa ser os tecidos. O “olhar munido” (não só de instrumentos e técnicas,

mas, principalmente, de teoria) parte em busca de evidências empíricas, e o exame físico mostra a mudança na estrutura dos tecidos: a cada sintoma corresponde uma lesão anatomopatológica. (BATISTELLA, 2007, p. 53)

A doença perde seu caráter ontológico e passa a ser vista como uma patologia. Os fenômenos, a partir desse momento, passam a ser explicados por essa nova categorização e mentalidade, partindo do estudo, sempre baseando-se na observação e experiência. Conseqüentemente, o que se viu foi a saúde passar a ser entendida como o oposto lógico da doença, ou seja, a inexistência de patologia, ou não estar doente. Essa nova lógica leva o avanço biomédico à uma ênfase cada vez maior nos aspectos biológicos, que passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos, células, estruturando cada vez mais o conhecimento nas disfunções orgânicas.

É notório o extraordinário avanço da medicina nos últimos anos, sobretudo nas pesquisas e modelo tecnicista e diagnóstico das enfermidades, entretanto esse grande foco dado as patologias e análise das doenças foi deixando a discussão sobre a saúde em segundo plano, e em alguns momentos, até mesmo retirando-o da pauta médica, visto que, se saúde consistia na não-doença, bastava focar em sua extirpação que esta primeira questão estaria resolvida.

Algumas tentativas foram realizadas com o intuito de se criar uma conceituação positiva da saúde. Uma delas, relatada por Almeida Filho e Jucá (2002) foi a diferenciação entre patologia e enfermidade. Segundo os autores, alguns antropólogos distinguem patologia, que seria alterações biológicas e psicológicas, atrelada a concepção biomédica, e enfermidade, que incorpora a experiência e percepção individual, atrelada à significação da doença. Nesta perspectiva, a fronteira entre saúde-doença seria definida culturalmente, de acordo com as narrativas e rituais. Para as pesquisas antropológicas, a ausência de doença não define a saúde, visto que, indivíduos doentes sob o ponto de vista biomédico, que afirmam estarem bem e resistirem as adversidades, podem ser considerados saudáveis em seu meio. (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002)

Canguilhem (2006) defende que saúde significa adoecer e sair do estado patológico, ou seja, a possibilidade de enfrentar as situações. A ameaça da doença pode ser um dos elementos constitutivos da própria saúde. O autor defende sua tese afirmando que “a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital. [...] O patológico implica *pathos*, um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada.” (CANGUILHEM, 2006, p. 145) Ainda, para Canguilhem, a saúde implica na capacidade de instituir novas normas, e não apenas viver em conformidade com o meio. Criticando o modelo tecnicista o autor afirma que

é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções. (CANGUILHEM, 2006, p. 53)

Falar de saúde é se remeter também a dor, sofrimento, prazer, sentido, para além de uma concepção puramente orgânica. É com essa convicção que Canguilhem sustenta que a saúde não é um conceito científico, mas vulgar e uma questão filosófica. Não vulgar numa conotação de trivialidade, mas comum, ao alcance de todos, capaz de ser enunciado por qualquer sujeito. (CANGUILHEM, 2005)

Em tempos como os atuais, em que se multiplicam as técnicas, os métodos e recursos, nem sempre são acompanhados de uma escuta humana, inclusiva, que entenda a saúde como algo mais do que simplesmente o tratamento curativo. No contexto da técnica o “Curar quando possível”³⁰ dá lugar ao “Curar a todo custo” e a persistência em um tratamento curativo, por mais paradoxal que pareça, leva à desumanização. Emerge uma questão por parte dos pacientes, e nem sempre observada por quem o circunda: O medo de ser tratado como um objeto, uma patologia, ou até mesmo ser visto como um peso para a família, afeta o senso de dignidade³¹ do paciente.

Privar o indivíduo de sua humanidade em favor da técnica não é o melhor caminho para dignificar a existência humana. Isso é nítido quando o enfermo tem a sua identidade tragada pelo seu sofrimento. Ele passa a ser conhecido pelo que sofre, e não por quem é. Pela doença que carrega, pela gravidade do seu prognóstico, e não pelo seu nome. Por isso Kübler-Ross (2017) afirma que o processo de morrer se tornou extremamente solitário. Percebe-se um fenômeno de evitamento da emoção no processo de luto contemporâneo. O choro só é externado quando ninguém vê ou escuta. O luto se tornou vergonhoso e solitário.³² Cria-se a ilusão da saúde perfeita que vence toda fragilidade humana. Assim, o morrer se torna sinal de fracasso

³⁰ “Curar quando possível, aliviar quase sempre, consolar sempre.” Frase atribuída supostamente à Hipócrates.

³¹ Cf. conceito de dignidade no morrer apresentado por KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios pacientes*. São Paulo: Martins Fontes, 2017. Aqui não aprofundaremos no tema.

³² Cf. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios pacientes*. São Paulo: Martins Fontes, 2017., 19-20. Cf. também KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Morte como Evento humano-psicológico*, in *Concilium*, nº 94. Petrópolis: Vozes, 1974, 466. Cf. na mesma ideia SOUZA MARANHÃO, J. L. DE. *O que é Morte*. São Paulo: Brasiliense, 1985, 19.

tanto para o moribundo, quanto para quem dele cuida. Rubem Alves trabalha essa questão quando diz:

Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno, e de fato ele se apresentava elegantemente. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga que será derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. O empreendimento tecnológico em grande parte nos seduz porque encarna hoje o sonho da imortalidade. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar... (ALVES, 1991, p. 11)

Sandsdalen et al. (2015) realizaram uma pesquisa sobre as principais preferências dos pacientes em fase final de vida³³ e revelam, através de 13 estudos qualitativos e 10 quantitativos com pacientes portadores de diferentes patologias e em vários cenários, que quatro temas surgem, na respectiva ordem: Viver uma vida com significado; equipe de saúde responsiva; ambiente e atendimento de saúde responsivo; e responsabilidade na organização de cuidados paliativos. O desejo por significado na vida, por um sentido na existência, surge como a principal necessidade do paciente nos seus últimos meses de vida. A noção de saúde integral vê o ser humano para além das dimensões física, emocional e social e reconhece a espiritualidade como elemento fundamental. Esta diz respeito, sobretudo, a capacidade humana de descoberta de sentido frente aos vereditos factuais da vida.

3.2 – Saúde como sentido

Segundo Kraus et al. (2009), na década de 1970 uma mudança de paradigma fez com que se alterasse o foco das questões da doença para a saúde, numa conceituação positiva, e a ideia do sentido passou a receber uma atenção maior por parte das pesquisas. Segundo os autores, independente das mais diversas definições e dificuldades metodológicas que são encontradas, “os teóricos são unânimes em assumir o sentido de vida como crucial para o desenvolvimento humano e promotor de esperança, realçando o seu efeito terapêutico.” (KRAUS; RODRIGUES; DIXE, 2009, p. 79)

Com o rompimento do modelo biomédico surge uma nova visão de promoção em saúde. Contudo, não é fácil romper com a mentalidade do corpo como única fonte de doença e

³³ Cf. Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review, [Internet] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25680380> [acesso em 2017 set. 17]

de cura. Não obstante, com as novas descobertas da neurociência, se torna impraticável negar a existência de outras dimensões também passíveis de adoecimento e com possibilidades curativas, num sentido mais amplo. Como afirma Gomes (1988), encontrar um sentido na vida também pode ser considerado como uma promoção de saúde pela via da espiritualidade:

Nem todos conflitos são necessariamente neuróticos. O sofrimento não é um fenômeno patológico e chega em muitas ocasiões a ser necessário para o crescimento da pessoa. Por essa razão, a tentativa de encontrar um sentido para a vida, apesar de incendiar a nossa alma com as chamas da angústia, não pode ser compreendida como transtorno mental, como entendia Freud. (GOMES, 1988, p. 47)

O sofrimento nem sempre está relacionado à doença. O ser humano pode estar doente sem sofrer e também sofrer sem estar doente. Para Frankl adoecimento e sofrimento não se equivalem, necessariamente. O sofrimento é tão inerente ao ser humano que até o “não sofrer” pode ser doentio. Existem condições psíquicas quando o indivíduo, justamente por não sofrer, sofre. (FRANKL, 1990)

Nessa linha pode-se sugerir um novo modelo de saúde, onde a doença só se estabelece se acarreta passividade da vontade, o que sinaliza fadiga dos impulsos, submissão e medo. A saúde seria a possibilidade de manter robustecido o espírito, mesmo em meio as mazelas, descobrindo um sentido em meio ao sofrimento. Assim como o destino, o sofrimento faz parte da vida, e se a vida tem um sentido, o sofrimento também tem. O sofrimento desnecessário é sempre o sofrimento desprovido de sentido, ao passo que o sofrimento necessário está sempre permeado de sentido. (FRANKL, 1978) Isso aproxima mais ainda o conceito de sentido à dimensão da saúde/doença, visto que, a doença não significa necessariamente a perda de sentido. Ela pode, inclusive, significar um ganho existencial, uma condição plena de sentido. Fornazari e Ferreira (2010), nessa mesma linha de pensamento, afirmam:

[...] a doença leva o ser humano a deparar-se com seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte. Nessa perspectiva, a religião e a espiritualidade empreendem o esforço de significar essa nova demanda apresentada para o paciente, buscando compreender a própria doença, o sofrimento, a morte e a existência. No presente estudo, a categoria Busca de Significado demonstrou essa preocupação por parte das participantes que utilizam a religiosidade/espiritualidade como elemento facilitador de enfrentamento. (FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 270)

Como se pode observar, a espiritualidade pode ser um agente de significação diante da doença, sofrimento e da morte. Para Frankl nenhum sofrimento é passível de comparação. O autor afirma que “falar das diferenças de grandeza do sofrimento seria por princípio sem

sentido; uma diferença, porém, que realmente importa, é a diferença entre sofrimento com e sem sentido.” (FRANKL, 1990, p. 105) Apesar de ser difícil concretizar a vivência de um sofrimento extremo encharcado de sentido, a logoterapia é a expressão fiel de uma filosofia encarnada, cujo nome é Viktor Frankl. Ele, pela sua história, foi um modelo de resiliência, e teorizou aquilo que vivenciou os campos de concentração, se tornando uma prova viva da hipótese aqui apresentada.

É importante serem superados o discurso e a postura fundamentalista da saúde coletiva, como quando ela sataniza alguns estilos de vida, valorizando a dimensão quantidade, ganhar-se anos de vida, em detrimento de valores relacionados à qualidade e intensidade com que se vive. A superação desse discurso moralista e normativo depende de uma composição de conhecimentos técnicos sobre risco com valores de uso existentes em distintos grupos da sociedade. (CAMPOS, 2003, p. 116)

A ideia, amplamente explorada pela indústria publicitária, da busca pela felicidade, desemboca em um círculo vicioso que vem da frustração de uma exigência cada vez maior pela busca de um sentido. Quando o indivíduo limita sua existência na busca pela autorrealização se fecha em si mesmo e em seu mundo, desprezando o universo que reside fora de si. A autorrealização surge como efeito colateral da busca direta pelo sentido, contudo, segundo Frankl, o sujeito só pode realmente estar consigo mesmo quando está no mundo, com as coisas a sua volta, quando sai vitorioso no mundo. (FRANKL, 1991, p. 66) Novamente o que Frankl afirma, para aprofundamento dos temas aqui desenvolvidos, é que a busca individual pela autorrealização, pela saúde ideal, destituída de sentido, pode até acarretar melhorias biológicas, mas não oferece a saúde que envolve elementos mais profundos que os meramente os orgânicos, que dizem respeito a satisfação plena e sentido na vida.

Em um dos seus relatos sobre o período em que foi prisioneiro em um campo de concentração, Frankl afirma que questionou o sentido do seu próprio sofrimento e de sua vida, após perder a família, os manuscritos de seu livro e ter sido acometido de uma febre tifoide. Diz ele:

Mais tarde, quando a minha própria morte me parecia já inevitável, eu me perguntei de que valeria minha vida. Eu não tinha filhos. Nem mesmo um “filho espiritual”, como o manuscrito. Mas após combater meu desespero por horas, em meio a tremores de febre tifoide, eu me perguntei, afinal, que sentido seria esse que dependia da impressão ou não de um manuscrito meu. Se assim o fosse, eu não daria a mínima para ele. Mas, se de fato há sentido para a vida, esse sentido é incondicional e nem mesmo a morte ou o sofrimento podem retirar sua validade (FRANKL, 2011, p. 192-193).

Frankl sempre se preocupou, ao longo de sua trajetória clínica e produção teórica, com a saúde da população. Desde seu tempo de estudante em Viena implementou centros de aconselhamento para jovens com ideação suicidas. Às portas da II Guerra mundial, em sua atuação médica, esforçava-se à exaustão para manutenção da saúde dos pacientes, até mesmo alterando, por vezes, informações nos prontuários, com a finalidade de impedir que perseguidores nazistas os levasse ao que hoje é chamada de eutanásia compulsória. (SILVEIRA; GRADIM, 2015) Auxiliar para que as pessoas encontrassem o sentido de suas vidas parecia ser o sentido da vida do próprio Frankl. Nesta linha Campos sugere que “os sanitaristas e demais profissionais de saúde assumam explicitamente uma visão de mundo fundada na radical defesa da vida das pessoas com as quais trabalham.” (CAMPOS, 2000, p. 228)

Pensar em promoção de saúde é se engajar em um processo que inclui desenvolvimento de projetos de vida saudáveis, incluindo nuances como acesso à educação e lazer, empregabilidade, melhoria da convivência, mas que também, transcendendo a visão clássica de ausência de doenças, inspirados em Frankl (1978; 1989; 1990; 1991; 1992a; 1992b; 1997; 2005; 2011; 2012; 2015; 2016) auxiliar no encontro do seu projeto de vida que é trilhado nos caminhos da descoberta de sentidos focados em si, mas também na realização de algo para a sociedade. A logoterapia, assim, está diretamente associada à promoção de saúde. Frankl afirma:

A logoterapia procura direcionar e orientar o paciente para um sentido concreto e pessoal. Ela não tem função de dar sentido à existência do paciente, afinal de contas, ninguém esperaria nem mesmo exigiria que a psicanálise, que se ocupa tanto da sexualidade, arranjasse casamentos ou que a psicologia individual, que se ocupa tanto da sociedade, arranjasse empregos; assim, tampouco a logoterapia arranja valores. Não se trata de darmos ao paciente um sentido da existência, mas apenas de o tornarmos capaz de descobrir o sentido da existência, de ampliarmos, por assim dizer, o seu campo de visão, de forma que ele perceba o espectro completo de possibilidades de sentido e de valores pessoais e concretos (FRANKL, 1991, p. 72).

Apesar da busca por sentido ser uma necessidade humana, em nosso tempo, cada vez mais a sociedade sente aflorada a ausência de sentido. À associação do sentido partindo apenas de experiências agradáveis pode ser um dos fatores que contribuem para esse vazio sem sentido. Frankl aponta que o ser humano deve estar consciente de todas as possibilidades de sentido, como, por exemplo, o sentido advindo do sofrimento, ou de um destino fatal, visto que “este sofrimento, contém a possibilidade de realizar o sentido mais profundo e os valores mais elevados: assim a vida, até o último momento, não deixa de ter um sentido.” (FRANKL, 1991, p. 72)

Desta forma, uma condição indispensável para saúde é encontrar um sentido para a própria vida, entretanto, ao observar a história, parece contraditório afirmar que o sofrimento e/ou as doenças são dotadas de sentido. Essa concepção pode parecer permeada de uma esperança de cunho religioso. Na própria psicanálise essa atitude pode ser interpretada como mecanismo de defesa, entretanto, para a logoterapia, “a busca do indivíduo por um sentido é a motivação primária de sua vida, e não uma racionalização secundária de impulsos instintivos.” (FRANKL, 1997, p. 58)

Frankl acredita, como já descrito, que o sentido não pode ser atribuído ou dado, mas se coloca cada dia, como um desafio, diante de nós, afim de ser descoberto, e é essa descoberta que permeia a estrutura toda da vida que evita desajustes e conseqüentemente o adoecimento. Fornazari e Ferreira (2010), apresentam como fruto de suas pesquisas com pacientes oncológicos, os temas que mais surgiram nas entrevistas. As autoras discutem os resultados e trazem à luz os seguintes dados:

A Busca de Significados apareceu em 80% das participantes e o Suporte Emocional, em 70% delas, sendo estas as categorias que mais se destacaram nos relatos das participantes. Tal fato pode demonstrar que a religiosidade e/ou espiritualidade proporcionam um forte auxílio tanto no acolhimento como na procura por significação, aparecendo como variáveis importantes para o enfrentamento da problemática. [...] Grande parte das participantes (60%) atribuiu à religiosidade e à espiritualidade a causa de sua Cura (transformação de vida) e/ou Contribuições no Tratamento, o que sugere que designam a um “ser supremo” e/ou transcendental o motivo de uma possibilidade de cura ou melhora. (FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 267-268)

Frankl (2005) apresenta o que chama de auto distanciamento como uma característica especificamente humana, que diz respeito à capacidade do sujeito distanciar-se de si próprio. Uma das maneiras de se praticar o auto distanciamento é através do humor, da capacidade de sorrir das suas próprias tragédias. O humor dá a possibilidade do indivíduo se tornar senhor de si. (FRANKL, 1989) Silveira e Mahfoud (2008) defendem que o auto distanciamento também ocorre pela auto compreensão, visto que, “à medida que a pessoa se compreende, torna-se capaz de distanciar-se de si mesma. Por exemplo, diante de impulsos agressivos, a pessoa pode se posicionar e escolher o que fazer, para depois agir.” (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008, p. 572)

A auto transcendência também é um conceito caro para a logoterapia. Para Frankl o sujeito é aberto ao mundo e se coloca em relação, sempre voltando para algo, ou alguém diferente de si próprio. “Ser homem significa ser para além de si mesmo. Ser humano significa ordenar-se em direção a algo ou a alguém: entregue-se a uma obra a que se dedica, a uma pessoa que ama, ou a Deus, a quem serve.” (FRANKL, 1989, p. 45) A auto transcendência mostra que

o ser humano não está fechado em si mesmo. Seu interesse mais profundo, não reside em olhar para si, mas direcionar o olhar para o mundo exterior, em busca de um sentido, se auto-realizando na medida em que esquece de si enquanto se dedica a um trabalho ou a uma outra pessoa. (FRANKL, 2016)

A forma como o indivíduo percebe sua dor e percebe a si próprio, é influenciada pela forma como a dor influencia sua vida e sua rotina. Assim, pode-se afirmar que a maneira como um indivíduo enfrenta uma enfermidade é influenciada pela forma como ele percebe o sentido de sua vida e do sofrimento. Também se pode afirmar que a maneira que o sujeito lida com sua dimensão espiritual, está relacionada como esta lhe servirá de suporte diante da adversidade. Essa associação desperta a necessidade urgente de uma abordagem multidisciplinar no campo da saúde, espaço em que o olhar para outras dimensões, além da questão física, sejam levadas em consideração para uma melhor qualidade de vida, e também de morte do paciente, quando for o caso.

Existem algumas técnicas psicoterápicas da logoterapia que podem ser muito úteis no contexto do sofrimento. Frankl elabora a técnica, que intitulou de intenção paradoxal, e a apresenta pela primeira vez em 1939. (AQUINO et al., 2015) Esta técnica se aplica comumente nos casos de neurose de angústia e obsessivo compulsiva. Há uma canção popular brasileira que nos inspira através dos versos: “e toda dor, vem do desejo de não sentirmos dor...”³⁴ Parafraçando o poeta, talvez Frankl diria que a neurose de angústia vem do medo de não sentir medo, ou seja, uma ansiedade antecipatória. Já a neurose obsessiva se caracteriza pela fuga dos pensamentos obsessivos. Em situações semelhantes, Lukas (1989) salienta que o logoterapeuta deve ajudar o indivíduo a desejar que ocorra aquilo que ele tanto teme, se utilizando do humor. Segundo o autor, essa orientação parte do fato de que não se pode temer e desejar concomitantemente um evento.

A derreflexão, outra técnica utilizada pela logoterapia, segue o princípio de que ser humano “não deve observar a si mesmo (postura neurótica), mas intencionar um ‘tu’ que transcenda a si mesmo (postura saudável).” (AQUINO et al., p. 56) Dito de outra forma, o indivíduo precisa romper a postura neurótica proporcionando a sua própria auto transcendência.

Já na hiper-reflexão, indicada sobretudo em casos de neurose sexuais, o paciente recebe a orientação de não realizar o ato sexual de forma programada, mas lhe são permitidas as preliminares sexuais. “Essa técnica se torna eficaz quando o desempenho e satisfações sexuais tornam-se objetos de atenção ou intenção excessiva, ou ainda quando o paciente

³⁴ Trecho da canção “Quando o sol bater na janela do teu quarto”, composta por Renato Russo.

considera a relação sexual como uma cobrança interna ou externa.” (AQUINO et al., 2015, p. 56) Então, livre das pressões sexuais da parceira ou parceiro, o sujeito pode ser levado a um estado onde o prazer se torne uma mera consequência da realização de sentido no encontro amoroso. (FRANKL, 2011)

Quando o indivíduo se depara em um confronto de possibilidades conflitantes, a logoterapia apresenta a técnica do denominador comum. Nesta estratégia busca-se ampliar as possibilidades e levantar as principais pessoas envolvidas na decisão. Com os dados em mãos, o logoterapeuta leva o indivíduo a refletir sobre todas as possibilidades e suas consequências, não só pra si, mas também para todos aqueles que possivelmente sejam atingidos por aquela decisão. A técnica do denominador comum se respalda na concepção frankliana do ser humano como ser consciente e responsável por suas ações, como já explorado anteriormente.

O diálogo socrático é outra técnica utilizada pela logoterapia. Segundo Aquino et al. (2015) ele é composto de refutação e maiêutica. Na refutação está presente a contradição do discurso, que precisa ser sinalizada pelo logoterapeuta. A maiêutica se dá no momento em que os sentidos e valores do paciente se tornam perceptivos em sua consciência. O diálogo aqui não se restringe a uma mera forma de conversação, mas, acima de tudo, em uma forma de estar com o outro, permitindo a formulação de estratégias variadas para resolução do problema.

Atualmente o bem-estar espiritual tem sido conceituado como uma dimensão da condição da saúde humana, sendo observado, como já explorado anteriormente, elementos verticais, que dizem respeito à relação com o sagrado, e componentes horizontais, caracterizando o sentido e propósito que não necessariamente se refere à uma dimensão religiosa. Diante dessa conceituação, a atenção ao bem-estar espiritual é de suma importância para promoção da saúde e redução das angústias que sempre vem a reboque das doenças. Assim, a espiritualidade e busca por sentido fazem parte da dimensão da saúde, que não se restringe ao caráter orgânico, mas a um contexto bem mais amplo, visto serem elementos constitutivos da existência humana.

3.3 – Saúde como enfrentamento

Ao se deparar com as possibilidades de descortinar sentidos frente à uma dor inevitável, se pode pensar em uma associação entre a resiliência e a logoterapia, visto que a primeira, como capacidade humana de enfrentar e ser fortalecido por experiências adversas pode ser contemplada numa perspectiva logoterápica, pois qualquer indivíduo, ao se deparar com um sofrimento inevitável, possui a possibilidade de apresentar um comportamento

resiliente. Mota et al. (2006) apresentam um estudo com portadores e doença de chagas demonstrando que aqueles que possuíam mais sintomas, tanto físicos como psicológicos de estresse, apresentavam menos capacidade de resiliência. (MOTA; BENEVIDES-PEREIRA; GOMES; ARAÚJO, 2006) Segundo os resultados obtidos a baixa resiliência predispõe o indivíduo ao desenvolvimento de sintomas estressantes, acarretando, conseqüentemente um desenvolvimento mais acentuado dos sintomas da doença. Ou seja, pelos resultados apresentados, não são os sintomas que influenciam na baixa resiliência, mas o contrário, a baixa predisposição de posturas resilientes acarretaram uma maior quantidade de sintomas da doença.

Pesquisas como a apresentada levam Bianchini e Dell'Anglio (2006) a afirmarem que o indivíduo, ao longo da vida, passa por diversas situações onde a resiliência é requerida, mas a maior de todas é no adoecimento. Neste contexto a resiliência seria a capacidade do sujeito lidar com a doença e suas limitações, que sempre vem nesse quadro, colaborando com a aderência ao tratamento e uma readaptação positiva. Nessa perspectiva é preciso ter em mente que nenhuma doença se manifesta, com todas as suas conseqüências, da mesma forma para pessoas diferentes, pois é capaz de provocar sintomas e reações que são peculiares a cada doente. O paciente é único e sua história de vida pode influenciar e muito a forma como lidará com a enfermidade.

Bianchini e Dell'Anglio (2006) buscaram identificar, em contexto de internação hospitalar, condições facilitadoras da resiliência neste ambiente, assim como desenvolver bases teóricas para prevenção e promoção de saúde no hospital. Foram identificadas nos pacientes estratégias facilitadoras, como relacionamento saudável com a equipe, autoestima positiva, interesse e conhecimento sobre a própria saúde, autocontrole, autonomia, afetuosidade e adesão ao tratamento. As autoras enfatizam que esses atributos, na literatura da resiliência, são tidos como fatores de proteção e quando observados tem a possibilidade de auxiliar a equipe de saúde em suas intervenções.

Paula Junior (2009), em pesquisa sobre estratégia de *coping* com pacientes em tratamento radioterápico, observaram que o *coping* de aproximação, também chamado de *coping* de confrontação, que ao contrário da evitação (fuga, negação), focalizam o problema, está relacionado positivamente com o estado de saúde e bem-estar dos indivíduos. Quando o foco está no problema, se busca a confrontação e construção favorecendo o controle da situação. Essa estratégia caracteriza-se pela busca de informações e ajuda, resolução de problemas, procurando, como exemplo, um tratamento adequado para aquela patologia específica. Em contrapartida, as estratégias evitativas, focadas na emoção, dificultam uma construção

saudável, podendo, inclusive colaborar com o surgimento de psicopatologias ou mal-estar. O autor salienta que as estratégias de *coping* parecem influenciar nos afetos:

Assim, podemos dizer que o uso de estratégias de evitação ao problema pode levar não só a maior relato de percepção de afetos negativos como também, a uma menor percepção de afetos positivos, enquanto que, os pacientes que enfrentam seus problemas por meio de estratégias de enfrentamento direto relatam mais afetos positivos. Por fim, as estratégias de evitação a problemas parecem também explicar a insatisfação com a vida e marginalmente a manifestação de sintomas psicológicos. (PAULA JÚNIOR, 2009, p. 76)

Moss e Schaefer (1984) analisam o modo como os indivíduos lidam com as crises e transições da vida, ou de outra forma, o impacto de qualquer forma de ruptura nas identidades pessoais e sociais, em pesquisa que relaciona o *coping* com a saúde. Segundo os autores uma enfermidade pode ser classificada como uma crise pelo fato de provocar diversas mudanças nas vidas das pessoas. Essas mudanças são enumeradas: identitárias, que diz respeito às características desenvolvidas ao longo da existência, como pai, marido, provedor; geográficas, sobretudo em casos de internação, quando ocorre uma mudança de endereço e o hospital passar a ser sua casa e de boa parte da sua família; papel, visto que o doente se torna dependente e até mesmo passivo, ao delegar à família e aos profissionais de saúde os cuidados consigo próprio; social, na medida em que a enfermidade pode gerar um isolamento de familiares e amigos; e no futuro, pois a doença sempre traz incertezas quanto a carreira, filhos, rotina, viagens, dentre tantas outras.

A crise advinda da doença, como descrita por Moss e Schaefer (1984), pode ser potencializada por alguns fatores, tais como, informações complexas, surgimento imprevisto, necessidade de rápidas tomadas de decisão das pessoas envolvidas, significados ambíguos, além de uma limitação que vem falta de uma experiência anterior. Nesse contexto o processo de *coping*, como apresentado pelos autores, compreende uma fase de avaliação cognitiva sobre a gravidade e sentido da doença. Essa avaliação pode ser afetada pelas informações que os sujeitos possuem da patologia, possíveis experiências anteriores, apoio social e até mesmo supostos pensamentos e expectativas que o indivíduo possui sobre aquela enfermidade. O processo de *coping* aqui seria realizado através de tarefas adaptativas gerais e específicas, onde a primeira diz respeito à preservação do equilíbrio emocional, da auto imagem satisfatória e de sentimentos de competência; e a segunda estaria relacionada a capacidade de lidar com a dor e outros sintomas, com o ambiente hospitalar, e o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis com a equipe que presta assistência. (MOSS; SCHAEFER, 1984)

O *coping* religioso/espiritual surge como um fator de extrema importância na relação saúde/doença. Vários autores tem surgido enfatizando como a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir como forma de adaptação ao estresse em contextos de saúde, nunca substituindo a atuação médica, mas complementando-a. Fornazari e Ferreira (2010), em pesquisa relacionando a espiritualidade e religiosidade em pacientes oncológicos afirmam:

A religiosidade/espiritualidade tem demonstrado grande impacto sobre a saúde física, sendo considerada como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. Estudos independentes “determinam que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25%”. Dessa forma, os resultados dos estudos sobre o assunto, incluindo o presente trabalho, voltam-se para a possibilidade de prevenção. (FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 266)

Koenig (2002) sugere que os médicos deveriam utilizar dois minutos da consulta para fazerem uma avaliação da história espiritual dos pacientes, buscando entender suas crenças religiosas e a importância delas no enfrentamento da doença, ressaltando que estas podem ser estratégias importantíssimas com potencial em auxiliar as intervenções clínicas e o lidar com o momento estressante. Para que o *coping religioso/espiritual* alcançasse bons resultados uma avaliação dessa dimensão seria fundamental nos planos de tratamento em saúde, além da incorporação do tema na formação curricular de médicos, psicólogos, e outros profissionais da saúde, além de estudos científicos dos aspectos religiosos/espirituais em relação com a saúde física e mental, qualidade de vida e dimensão psicossocial dos pacientes ou clientes. Panzini et al., sobre essa necessidade, concernente sobretudo à saúde mental, afirmam:

Outros autores vão além, argumentando que profissionais e agentes de saúde mental devem dar ao *coping* religioso/espiritual um lugar natural no tratamento, avaliação e pesquisa. Também, que se precisa introduzir a psicologia positiva do CRE³⁵ como parte-padrão de qualquer rotina de avaliação mental, examinando a efetividade das práticas de CRE utilizadas e o modo como estas podem mudar durante crises no tratamento clínico-psicoterápico ou em episódios de exacerbação/piora dos sintomas. No entanto, apesar de alguns profissionais já estarem começando a incorporar intervenções psicoespirituais em seus atendimentos, [...] mais estudos empíricos são necessários, especialmente experimentais testando modelos teóricos, para que intervenções espiritualmente embasadas possam ser efetivamente inseridas nas práticas tradicionais de saúde mental e física. (PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 133-134)

³⁵ Sigla para *Coping* Religioso/Espiritual

Se, como Frankl (2016) afirma, a principal força motivadora humana é a busca por sentido na vida, é essa busca a essência da motivação para construção da resiliência. “Não se pode conceber algo que condicione o ser humano a ponto de deixá-lo sem a menor liberdade. [...] O ser humano, em última análise, se determina a si mesmo. Aquilo que ele se torna [...] é ele que faz de si mesmo.” (FRANKL, 1997, p. 113) Em pesquisa realizada com pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras, Costa e Leite (2009) detectaram a importância da espiritualidade nos pacientes em seu enfrentamento da doença, como descrevem:

A espiritualidade é uma construção da personalidade de cada indivíduo - uma expressão da sua identidade e efeitos em função da história pessoal, experiências e aspirações. Por essa razão, a religião diminui o sofrimento, uma vez que permite mudar a perspectiva subjetiva, em que o paciente e a comunidade vivenciam a doença grave. (COSTA; LEITE, 2009, p. 359)

Se a espiritualidade tem como importante pilar o sentido; se a busca por sentido é a principal motivação humana; e ao mesmo tempo essa busca se constitui essência para construção da resiliência, a saúde integral, com toda sua potencialidade motivadora, surge como resultado dessa equação, que apesar de não ser precisa, como nas ciências exatas, é embasada pelos autores aqui desenvolvidos. Se considerarmos os fatores de proteção, já descritos anteriormente, como elementos mutáveis ao longo da vida, e a resiliência como uma construção dinâmica, pode-se enxergar a resiliência como um conceito sistêmico. Este sistema envolveria, de um lado, a capacidade do indivíduo se adaptar ao ambiente externo, e de outro lado, do ambiente modificar-se com o indivíduo. (SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011) Essa relação relembra o conceito originário da física, que remete à ideia de um corpo que se modifica frente a uma pressão e retorna a um estado de equilíbrio. Após uma perturbação o sistema pode se readaptar de maneira original, mais instável ou estável. Nessa ótica pode-se pensar na resiliência como capacidade de se reorganizar frente a um evento estressor levando em conta a estrutura psíquica do sujeito de maneira a se adaptar à uma realidade externa.

Pesce (2004), ao considerar a resiliência como um conjunto de processos que possibilitam uma vida sadia, mesmo se vivendo em um ambiente não sadio, gera uma caracterização dessa construção como um processo interativo entre a pessoa e seu meio. Os mesmos fatores de risco podem ser experienciados de forma diferente por outras pessoas, e sendo assim, ela conceitua resiliência como possibilidade de superação, o que, precisa ficar claro, não representa a eliminação do problema, mas sim, sua ressignificação. Essa adaptação deve ser saudável para o indivíduo, suas relações e seu meio, e não uma maquiagem apenas para manter aparentemente o sistema funcionando.

Se o objetivo é a promoção da saúde, em seu conceito positivo, a resiliência tem como característica a priorização do potencial dos indivíduos para produção da saúde, ao invés de se reter aos transtornos e disfunções, muito presente no modelo biomédico. Ela surge como uma possibilidade de ampliação na compreensão do processo saúde-doença, abarcando um espectro que contém família e comunidade, visto que se estabelece não apenas focada nas questões individuais, mas também ambientais e relacionais.

No desenvolvimento dessa mentalidade, rompe com a lógica de que pessoas que nascem em ambientes onde a doença, a violência e a dependência química reinam, estão condenados a apresentar necessariamente um transtorno na vida adulta. (RUTTER, 1999) Ou seja, a resiliência representa a possibilidade de novos caminhos de saúde, deslocando a ênfase do contexto da negatividade da doença para as potencialidades das pessoas, relações e comunidade, capazes de possibilitar a criação de condições para que os indivíduos respondam positivamente às intempéries da existência, e porque não dizer, descortinar novos sentidos diante da vida.

Por outro lado, pensar em promoção da saúde envolve estratégias e articulações que possibilitem compatibilizar políticas públicas e protetoras, e construção de ambientes favoráveis à saúde. Esta promoção não deve ser pensada de forma ingênua, visto que esta capacidade só surge quando são criados recursos que favoreçam um contexto ecológico adequado. De qualquer forma, a resiliência, quando associada à saúde, surge como um conceito promissor, visto que pode ser entendida como a possibilidade do indivíduo de construir trajetória positiva, a despeito das adversidades que o cercam. O tema da resiliência se tornou objeto de estudo também da neurociência. Sobre essa área Sordi et al. descrevem:

Uma série de estudos tem sido desenvolvida para se entender quais mecanismos neuroquímicos proporcionam uma melhor ou pior capacidade de enfrentar situações adversas. A maioria dos achados apoia-se no fato de que experiências primitivas de qualidade de apego modulariam determinados circuitos cerebrais de maneira a desenvolver uma maior resiliência. Dessa forma, postula-se que um indivíduo é biologicamente predisposto a manter o apego, especialmente em situações de perigo. Quando as experiências primitivas são inadequadas, como, por exemplo, na falta ou excesso de estímulo e contato emocional, estruturas cerebrais envolvidas nesse sistema não se desenvolvem adequadamente, provocando uma sensação mais acentuada de insegurança e aumento da ansiedade em momentos de crise, afastando o indivíduo da capacidade de resiliência e aproximando-o de um desenvolvimento emocional disfuncional. (SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011, p. 127)

De acordo com Genaro (2003) é exatamente nos momentos em que a dor e o sofrimento acometem o indivíduo, que se observa uma busca maior pela transcendência, por aquilo que extrapola a vida terrena. E é precisamente este contato com a transcendência que pode auxiliar no enfrentamento dessas situações limites. Genaro (2003) aponta pesquisas que indicam uma correlação entre saúde mental e busca espiritual, principalmente quando se desenvolve um processo intrínseco, partindo das próprias experiências vividas. Falando sobre a relação de integração entre cuidados psicológicos e espirituais, Kovacs afirma:

A psicoterapia tem como objetivo principal que a pessoa compreenda as suas questões, esclarecendo a demanda, facilitando as suas escolhas dos caminhos a seguir; a prioridade são as questões, não as respostas. A orientação espiritual, a partir da escuta das questões principais, orienta o caminho a seguir. (KOVACS, 2008, p. 161)

Precisamente esse vácuo caótico pode constituir-se num lugar para o presente da vida e a vida do presente. Onde as significações da existência, onde a espiritualidade livre das amarras do poder e do controle sobre o outro, onde a resiliência, motivada pela liberdade da vontade e pelos sentidos da vida, possam pintar novas possibilidades de se olhar o mundo e encarar as intemperes da existência, seja nessa vida, ou mesmo na despedida dela, como aconselha Rubem Alves:

A branda fala da morte não nos aterroriza por nos falar da Morte. Ela nos aterroriza por nos falar da Vida. Na verdade, a Morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre nos fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria Vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos (por medo), os suicídios lentos que perpetrados. (ALVES, 1991, p. 5)

Ou seja, os toques de finitude e as visitas da impermanência, advindas das experiências de sofrimento e dor, podem ser ocasiões que acionem potências criativas nos sujeitos. A espiritualidade teria a ver com este clarão de esperança que surge, paradoxalmente, quando não há muitas razões para se esperar. A espiritualidade, aqui, seria um elo capaz de fazer a ligação entre a morte que se anuncia e as novas possibilidades de vida que brotam. Um dos teólogos que mais trabalhou esta virtude teologal foi Jürgen Moltmann (1987). Para ele a esperança não se baseia na ausência da dor ou da morte, ao contrário, muito mais do que uma luz no fim do túnel, é um remo no oceano da enfermidade. Sorato et al., a respeito da associação entre resiliência e fé no lidar com pacientes oncológicos, afirmam:

A resiliência e a fé são formas que o paciente encontra como uma fonte de apoio para o enfrentamento do câncer, bem como para conseguir suportar os desafios provocados pelo tratamento, ou até mesmo confortarem-se diante da possibilidade de morte. Assim, a fé e a resiliência passam a ser um instrumento extremamente importante para o paciente e sua família no enfrentamento perante o diagnóstico, pela sua capacidade de proporcionar conforto e esperança na superação dos obstáculos impostos pela doença. (SORATTO; SILVA; ZUGNO; DANIEL, 2016, p. 54)

Barros-Oliveira (2009) afirma que o sentido é irmão da esperança. O ser humano é um “ser esperança”, ou, se preferir, um “ser para a esperança.” A esperança pode nos fazer capazes de suportar as incertezas e ultrapassar o desespero, nos fazer evitar a ilusão, e conseqüentemente a desilusão, trazendo equilíbrio e maturidade. Ong et al. (2006) apresentam pesquisa com indivíduos com idade avançada e afirmam que a esperança atua como fator de proteção, visto que, pelas constatações, se associa com menores índices de emoções negativas e se correlaciona com melhores respostas de recuperação e adaptação às situações estressantes. Os indivíduos com níveis mais elevados de esperança, segundo os autores, demonstraram menor reatividade ao estresse e maior capacidade de recuperação emocional. (ONG; EDWARDS; BERGEMAN, 2006)

Para Leonardo Boff (1984) a esperança não é uma virtude, mas sim uma força que penetra todas as virtudes e as estimula a se manterem abertas constantemente. Poderíamos pensar esta virtude das virtudes como a metáfora do combustível, que torna possível a locomoção de todos os veículos. Desde os mais gastos e antigos, até os recém-saídos de uma concessionária carecem de ser alimentados por esse elemento propulsor ou ficarão estáticos e imóveis. A esperança é este combustível. Se ela for pensada apenas como um objetivo futuro ou uma ilusão presente, ela estará privada de sua dinâmica de empoderamento.

Pensar a esperança a partir da metáfora do combustível é entender que apesar de precisar dela em toda jornada, seu nível vai oscilar, e nem sempre da forma como se deseja. Como nos lembra Almeida “A dor é aquele estremecimento que comprova a vida e nosso poder de recuperação. Não se morre de dor. Enquanto há dor, também temos forças para combatê-la e continuar a viver. A dor nos amoriza, a dor nos socializa.” (ALMEIDA, 2006, p. 167) Se morrer e sofrer fazem parte do destino de tudo o que vive, cabe elaborar novo conceito de viver saudável. Esse consiste na possibilidade que tem o ser humano de manifestar a força para realizar sua existência, quer na dor e na morte, quer na alegria e na tristeza, quer nos sorrisos e nas lágrimas, quer na saúde e na doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho buscou-se, mais que apresentar os temas, investigar a relação entre espiritualidade, sentido e resiliência como elementos da saúde integral. Na relação saúde/doença, lidando com as implicações aí existentes, não se deixou de dar atenção ao tema da finitude humana que traz a reboque medos e temores, influenciando e sendo influenciada pelos temas de estudo aqui desenvolvidos.

Pode-se perceber como o tema do sentido está atrelado ao conceito de espiritualidade, visto que, esta última, tem sido conceituada, sobretudo no campo da saúde, como a busca de sentido. Pode-se, a este ponto, definir espiritualidade como a procura humana por sentido e satisfação, envolvendo a si mesmo, e também o relacionamento do indivíduo com o universo e tudo que o cerca. Sendo assim, é possível pensar neste conceito como um processo onde os sujeitos percebem que suas vidas precisam ser orientadas para algo não material, que está além deles próprios. Esse pensamento quase personifica o que Frankl defende ao longo de toda sua obra, com o conceito de sentido. (LOTUFO NETO, 1997)

Nesta linha a espiritualidade se constituiria na propensão humana da busca de sentido para vida, por meio de caminhos que transcendem aquilo que é tangível, ou seja, uma conexão com algo maior que si, e que pode, ou não, envolver uma participação religiosa formal, pois apesar dela ter potencial para integrar uma experiência espiritual, essa não depende da primeira. (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001) A espiritualidade mais se aproxima, novamente, da concepção de sentido, do que uma pertença religiosa pura e simplesmente.

É levando em consideração esses e tantos outros fatores desenvolvidos até aqui, que pode-se entender a espiritualidade como um fator de proteção diante do quadro de adoecimento ou mesmo proximidade da morte. Mesmo os elementos contidos numa experiência religiosa, como a crença em um ser superior, a fé, a religião, podem se tornar peças importantes nesse processo de enfrentamento.

Nessa via de mão dupla, também os sinais da finitude podem ser ocasiões para conferir novas significações aos acontecimentos, para além do medo e do temor paralisantes. Assim, o imaginário simbólico, sobretudo religioso, pode surgir à cena como um vocabulário oferecido aos sujeitos em dor para a travessia do vale do sofrimento e da morte, como fonte para a busca de novas significações aos acontecimentos.

Frankl defende que o ser humano é constituído de corpo, mente e espírito, havendo uma interrelação intensa entre estas dimensões. Entretanto, a parte noológica é aquela

responsável pela unidade e própria essência humana, onde reside a capacidade de escolha diante das situações, sendo assim, ela seria superior às demais, e dedicada à responsabilidade e liberdade humanas.

Como apresentado anteriormente, não existe consenso a respeito da resiliência. Duas principais gerações discursaram sobre o tema, e novas tem surgido. Tomando a ideia frankliana, onde o indivíduo dá sua resposta no momento de dificuldade, de forma única, buscando sempre a transcendência, isto é, ir além de si mesmo, buscar sempre algo que está além do próprio ser humano, de igual modo, a resiliência, que como defendido nesse trabalho, pode ter a espiritualidade como gatilho diante dos eventos estressores, pode ser altamente individual e subjetiva, vivenciada de acordo com a situação enfrentada pelo sujeito.

É crescente o número de trabalhos que buscam relacionar resiliência e espiritualidade, e dentre eles vale ressaltar o de Peres (ARAÚJO; MELLO; RIOS, 2001) que aclara como as práticas religiosas podem influenciar de forma preponderante a forma como os indivíduos lidam com eventos traumáticos, com capacidade de promover atitudes resilientes, aprendizagem positiva e autoconfiança diante das adversidades. É notório, nas pesquisas apresentadas, como o manejo religioso positivo, além da prontidão no enfrentamento de perguntas existenciais, relacionam-se com a superação psicológica pós-trauma. A espiritualidade, e também a religiosidade, que pode nela estar contida, contribuem na diminuição do desamparo, reduzindo o sofrimento e descortinando significado diante dos eventos estressores.

A resiliência pode estar atrelada aos conceitos da física, às ciências da saúde, ao comportamento, às ciências sociais, mas de uma forma geral tem levado em consideração contextos como: características individuais, ambientais, histórico de vida e fatores de proteção nos momentos adversos. Durante a pesquisa ficou bastante evidente como este conceito não está fechado. Apesar do tempo em que vem sendo estudado, ainda é novidade em diversas áreas da ciência e tem despertado interesse de vários estudiosos. Até mesmo a origem do termo, como apresentado, ainda é confusa. Entretanto, fica claro, tanto para os primeiros autores como para os mais recentes, que ela é composta de uma dualidade, onde de um lado estão o sofrimento e adversidade, com tudo aquilo que pode acarretar; e do outro a capacidade de transformação dessa realidade em algo positivo, em crescimento. (ALMEIDA, 2017)

Quando estes temas se relacionam e são aplicados à saúde, sob a nova ótica apresentada, cria-se, por mais paradoxal que pareça à primeira vista, a possibilidade de se viver saudável, mesmo em meio a doença. A plenitude da vida passa a ser medida por variáveis outras, que não àquelas relacionadas a exames médicos e taxas sanguíneas, mas aos valores significativos na vida, as reconciliações consigo e com aquilo que pode ser considerado

sagrado, e está ao nosso redor. A espiritualidade é tida, ao final deste trabalho, como uma dimensão fundamental nos cuidados em saúde, visto que desempenha um importante papel para resiliência dos sujeitos. A espiritualidade é considerada, por fim, como um recurso muito importante para a resiliência de indivíduos acometidos por uma enfermidade e que se deparam com a morte iminente. Favorecendo o processo de ressignificação, ela colabora com a criação de sentidos que se ampliam, devido ao entendimento maior dos sujeitos da sua própria vida e finitude. A possibilidade de encontrar sentido na existência surge como um denominador comum nas questões que envolvem a resiliência e espiritualidade, e nessa tríade, o indivíduo pode ter uma nova visão de saúde, não àquelas restritas à ausência de doenças e medicina tecnicista, mas quanto ao desenvolvimento humano.

A descoberta de um sentido para a vida é precisamente o ponto capaz de unir o conceito de resiliência à questão da espiritualidade. Diante de tantos questionamentos que advém do sofrimento, diante das incertezas presentes no processo de finitude, o sentido, a espiritualidade e a resiliência podem oferecer subsídios para o ser humano se reconstruir, se reerguer. Longe de ser almejar esses eventos adversos ou tê-los como positivos, ao contrário, apenas tomá-los como parte da vida, e que é possível viver apesar destas situações, e até mesmo renascer. A resiliência vem precisamente após a poda, a experiência traumática, desagradável, e mostra a possibilidade de seguir, a despeito da vontade de desistir, como afirma Hanna Arendt³⁶, fomos feitos pra recomeçar.

Neste sentido, pode-se pensar na espiritualidade como a alma da resiliência, visto que se refere à disposição humana desencadeadora de possibilidades de despertar unidade para com outros indivíduos, com a natureza, com o cosmos, com a interação de profundos afetos que estimulam vínculos capazes de promover o desenvolvimento de competências resilientes. Os elementos que podem a compor, como a fé, a convicção de pertencimento, de propósito, estão sempre abrindo horizontes de sentido, significado e responsabilidades para a existência, e carregam em si potências construtivas no encontro com as adversidades.

Neste contexto de desenvolvimento do ser resiliente, um dos mais importantes desafios é a busca de sentidos para a vida, dentro de um olhar da espiritualidade, nos escombros das visitações da finitude. Quando o ego, ao mesmo tempo tem que se deparar com as sobras do passado e se vê na necessidade de descobrir novas potências que mantenham a vida em pé;

³⁶ Hannah Arendt foi uma filósofa política alemã de origem judaica, uma das mais influentes do século XX. A privação de direitos e perseguição de pessoas de origem judaica ocorrida na Alemanha a partir de 1933, assim como o seu breve encarceramento nesse mesmo ano, fizeram-na decidir emigrar.

quando os toques da finitude desorganizam o solo seguro de pertences e pertenças, e a transitoriedade descortina a verdade de que tudo passa, nada é para sempre, a busca por um sentido pode resgatar aquilo que tempera a existência, que nos torna inteiros, ainda que feridos, que nos faz resilientes.

REFERENCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. *Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ALMEIDA, Edson Fernando. *Do Viver Apático ao Viver Simpático: Sofrimento e Morte*. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

ALMEIDA, Tatiene Ciribelli Santos. *A Espiritualidade como Elemento de Resiliência Psicológica no Enfrentamento do Luto: uma análise a partir de estudos de casos de pais enlutados*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião. Juiz de Fora: UFJF, 2017.

ALVES, Rubem. *A Morte como Conselheira*, in CASSORLA, R. M. S., (Coord), *Da morte: Estudos Brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991.

_____. *O que é Religião?* São Paulo: Loyola; 2005.

AMATUZZI, Mauro Martins. *Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica*. Estudos de Psicologia, 1996.

_____. *Esboço de teoria do desenvolvimento religioso*. Em G. J. de Paiva (Org.). *Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião*. (pp. 25-50). São Paulo: Edições Loyola, 2001.

_____. *Psicologia do Desenvolvimento Humano: A Religiosidade nas fases da Vida*. São Paulo: Ideias e Letras, 2015.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. *O conceito de coping: uma revisão teórica*. Estudos de Psicologia, v. 3, n. 2, p. 273-29, 1998.

AQUINO, Thiago A. Avellar de; VÉRAS, Alan da Silva; BRAGA, Daniel Ouriques Lira; VASCONCELOS, Sarah Xavier Peixoto de; SILVA, Lorena Bandeira da. *Logoterapia no contexto da psicologia: reflexões acerca da análise existencial de Viktor Frankl como uma modalidade psicoterápica*. Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial, v. 4, n. 1, p. 45-65, 2015.

_____. *A morte de Ivan Ilitch: Uma leitura existencial à luz da Logoterapia de Viktor Frankl*. In: FREITAS, Marta Helena de; AQUINO, Thiago A. Avellar de; PAIVA, Geraldo José de. (orgs) *Morte, Psicologia e Religião*. São Paulo: Fonte Editorial, Edições Terceira Via, 2016.

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. *As atitudes do homem frente a morte e o morrer*. Revista Brasileira de Enfermagem. p. 101-117, 2001.

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques. *Sentido Da Vida, Espiritualidade e Sociopoética: Convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado Clínico*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2008.

ARAÚJO, Ceres Alves de; MELLO, Maria Aparecida; RIOS, Ana Maria Galvão. (Orgs.) *Resiliência: teoria e práticas de pesquisa em psicologia*. São Paulo: Ithaca Books, 2011.

ARIÈS, Philippe. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1982.

_____. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ASSIS, Simone Gonçalves de; PESCE, Renata Pires; AVANCI, Joviana Quintes. *Resiliência: Enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARROS-OLIVEIRA, J. H. *Busca e cura de sentido para a vida*. Porto: Faculdade de Psicologia e de C. E., Universidade do Porto – Psychologica, n. 51, p. 93-100, 2009.

BATISTELLA, Carlos. *Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde*. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. *Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem no mundo moderno*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

BIANCHINI, D. C. S.; DELL'AGLIO, D. D. *Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso*. Paidéia, v. 16, n. 35, p. 427-436, 2006.

BOFF, Leonardo. *Vida para Além da Morte*. Petrópolis: Vozes, 1984.

BONET, Octávio. *Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Physis - Revista Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; NASCIMENTO, I. F. G. *A Construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens*. Belo Horizonte: Paidéia, v. 21, n. 49, p. 263-271, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

BRASIL. *Constituição Federal da República*. Brasília: Governo Federal, 1988

BREITBART, William. *Thoughts on the goals of psychosocial palliative care. Palliative Supportive Care*. 2008.

_____. *Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos*. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados Paliativos*. 4a ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola; 2009.

CALDAS, Marcus Túlio; LIMA, Maria Eugênia Cavalheiros de; MEDEIROS, Waleska de Carvalho Marroquim. *O cuidar extremo: O acontecer do Cuidado nas situações-limite da Existência*. In: FREITAS, Marta Helena de; AQUINO, Thiago A. Avellar de; PAIVA, Geraldo José de. (orgs) *Morte, Psicologia e Religião*. São Paulo: Fonte Editorial, Edições Terceira Via, 2016.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. Ciência e saúde coletiva, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. *A saúde: conceito vulgar e questão filosófica*. In: CANGUILHEM, G. (Org.) *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARRARA, Paulo Sergio. *Espiritualidade e saúde na logoterapia de Viktor Frankl*. Belo Horizonte: Interações, Cultura e Comunidade, Departamento de Ciências da Religião/PUC Minas, v. 11, n. 20, p. 66-84, 2016.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F., organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2a edição ampl. atual. Porto Alegre: Sulina; 2012.

CHEQUINI, Maria Cecília M. *A Importância da Espiritualidade nos processos de resiliência*. Psicologia Revista São Paulo, v. 16, n. 1, 93-117, 2007.

_____. *Resiliência e espiritualidade em pacientes oncológicos: Uma abordagem junguiana*. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo, 2009.

CORRÊA, Diogo Arnaldo. *Do luto ao sentido: Aportes da Logoterapia no espaço psicoterapêutico*. Mogi das Cruzes: Universidade Braz Cubas, Psicologia: Teoria e prática, v. 14, n. 03, p. 180-188, 2012.

_____; RODRIGUES, Cláudia Monti Duque. *Finitude e sentido da vida: do torpor à tarefa*. Mogi das Cruzes: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial, v. 2, n. 1, p. 37-46, 2013.

COSTA, Priscila; LEITE, Rita de Cássia Burgos de Oliveira. *Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COUTO, M. C. P. P. *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

COWAN, P. A.; COWAN, C. P.; SCHULZ, M. S. *Thinking about risk an resilience in families*. In: HETHERINGTON, E. M.; BLECHMAN, E. A. *Stress, coping, and resilience in children and families*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, p. 01-38, 1996.

D' ASSUMPCÃO, E. A. *Sobre o viver e o morrer: manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam*. Petrópolis: Vozes, 2010.

DOKA, Kenneth J.; MORGAN, John D. *Death and Spirituality*. Universidade de Michigan: Baywood Pub. Co., 1993.

DOYLE, Derek. *Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: SENAC, 2015.

ELIAS Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

FEIFEL, Herman. *Morte: Variável relevante em Psicologia*. In: MAY, Rollo. *Psicologia Existencial*. Porto Alegre: Globo, 1974.

FERRY, Luc. *A revolução do amor, por uma espiritualidade laica*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012a.

_____. *Famílias, amo vocês, política e vida privada na época da globalização*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

_____. *O homem-Deus, ou, O sentido da vida*. Rio de Janeiro: DIFEL, 2012b.

_____; GAUCHET, Marcel. *Depois da Religião, o que será do homem depois que a religião deixar de ditar a lei?* Rio de Janeiro: DIFEL, 2008.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renata El Rafihi. *Religiosidade / espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde*. Brasília: Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.

FOWLER, James. *Estágios da Fé: A Psicologia do Desenvolvimento Humano e a Busca de Sentido*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 1992.

FRANKL, Viktor E. *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. *Psicoterapia e Sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial*. São Paulo: Quadrante, 1989.

_____. *A Questão do Sentido em Psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1990.

_____. *A psicoterapia na prática*. Campinas: Papirus, 1991.

_____. *Psicoanálisis Y Existencialismo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1992a.

_____. *Dar Sentido A Vida: A Logoterapia De Viktor Frankl*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1992b.

_____. *Em busca de Sentido: Um Psicólogo no Campo de Concentração*. São Leopoldo: Ed. Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. *Um Sentido para a Vida: Psicoterapia e humanismo*. Aparecida: Ideias e Letras, 2005.

_____. *A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da Logoterapia*. São Paulo: Paulus, 2011.

_____. *Logoterapia e análise existencial: textos de seis décadas*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. *O Sofrimento de uma vida sem sentido: Caminhos para encontrar a razão de viver*. São Paulo: É Realizações, 2015.

_____. *A Presença Ignorada De Deus*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2016.

FREITAS, Anna Cristina Pegoraro de. *Espiritualidade e sentido de vida na velhice tardia*. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2010.

FREUD, Sigmund. *O Futuro de uma Ilusão*. São Paulo: Imago, 1997.

_____. *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos – Considerações atuais sobre a guerra e a morte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GENARO, J. F. *Considerações sobre Religião e Saúde Mental: Uma compreensão psicodinâmica*. O Mundo da Saúde, 2003.

GIACOIA JÚNIOR, O. *A visão da morte ao longo do tempo*. Ribeirão Preto: Medicina, p. 13-19, 2005.

_____. Citação acessível na internet em <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0103200708.htm>>, 2007.

GIOVANETTI, José Paulo. *Psicologia Existencial e Espiritualidade*. In AMATUZZI, Mauro Martins (org.) *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

GOMES, José Carlos Vitor. *A prática da psicoterapia existencial: logoterapia - uma aproximação à obra de Viktor Frankl e o movimento humanístico existencial da Escola de Viena*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

GROTBERG, Edith. *The International Resilience Project: Promoting resilience in children*. Washington D.C.: Civitan International Research Center, University of Alabama at Birmingham, 1995.

HESSE, Hermann. *Felicidade*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

INCA, Instituto Nacional de. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: 2010.

INFANTE, Francisca. *A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente*. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Nestor Suárez. (Orgs.) *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, p. 23-38, 2005.

KOENIG, Harold G. *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. Pennsylvania: Templeton Press Foundation, 2002.

_____. *Medicina, Religião e Saúde: o Encontro da Ciência e da Espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOLLER, S. H.; LISBOA, C. *Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North América*. v. 16, p. 341-356, 2007.

KOVACS, Maria Julia. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. *Educação para a morte: Temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. *Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar*. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização nos cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, p. 275-286, 2004.

_____. *Espiritualidade e Psicologia: Cuidados Compartilhados*. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (ORG). *Buscar Sentido e Plenitude de Vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.

KRAUS, Teresa; RODRIGUES, Manuel; DIXE, Maria dos Anjos. *Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano*. Revista de Enfermagem Referência, Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239957011>>, 2009

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Morte como Evento humano-psicológico*, in *Concilium*, n° 94. Petrópolis: Vozes, 1974.

_____. *Sobre a Morte e o Morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios pacientes*. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.

LEÃO, Eliseth Ribeiro. *Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade*. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (ORG). *Buscar Sentido e Plenitude de Vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.

LIMA, A. K. T.; SEIBT C. L. *Um sentido da existência: Um olhar a partir da terceira idade*. Manaus: Universidade da Amazônia, 2002.

LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e Religião: A prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Tese de livre docência junto ao departamento de psiquiatria, 1997.

LUKAS, E. *Logoterapia: a força desafiadora do espírito*. São Paulo: Loyola, 1989.

MELILLO, Aldo; ESTAMATTI, Mirta; CUESTAS, Alicia. *Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência*. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Nestor Suárez. (orgs). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, p. 59-72, 2005.

MOLTMANN, Jürgen. *Dios em La Creación*. Salamanca: Sígueme, 1987.

_____. *Ética da Esperança*. Petrópolis: Vozes, 2012.

MONTEIRO, Dulcinea da Mata Ribeiro. *Espiritualidade e Saúde na Sociedade do Espetáculo*. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (ORG). *Buscar Sentido e Plenitude de Vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.

MORAIS, A. R. V. *Assertividade, resiliência e intenções comportamentais nos jovens*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2006.

MOREIRA, A. C.; LISBOA, M. T. L. *A morte: entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem*. Rio de Janeiro: Rev Enf. UERJ, V.14, n. 13, 2006.

MOREIRA, Neir; HOLANDA, Adriano. *Logoterapia E O Sentido Do Sofrimento: Convergências Nas Dimensões Espiritual E Religiosa*. Curitiba: Revista Psico, v. 15, n. 3, p. 345-356, Set./Dez, 2010.

MORIN, E. *O Homem e a Morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MOOS, R. H.; SCHAFFER, J. A. *The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach*. In: MOSS, R. H. (Ed) *Coping with Physical Illness: New Perspectives*. New York: Plenum Press, v. 2, p. 3-25, 1984.

MOTA, D. C. G. A.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GOMES, M. L.; ARAÚJO, S. M. *Estresse e resiliência em doença de chagas*. Aletheia, n. 24, p. 57-68, 2006.

NASH, W. A. *Resistência dos materiais*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

NETO, Valdir Barbosa Lima. *A Espiritualidade em logoterapia e análise existencial: O espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial*. Cidade do México: Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies, v. 19, n. 2, p. 220-229, 2013.

NICKEL L.; OLIVARI L. P.; VESCO S. N. P.; PADILHA M. I. *Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014*. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery, 2016.

NIETZSCHE, F. *Além do bem e do mal. Prelúdio a uma filosofia do futuro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

OLIVEIRA, Karen Guedes; AQUINO, Thiago Antônio Avelar de. *A Logoterapia no contexto da psicologia da religião*. Belo Horizonte: Cultura e Comunidade, v. 9, n. 16, p. 225-242, 2014.

ONG, A. D.; EDWARDS, L. M.; BERGEMAN, C. S. *Hope as a source of resilience in later adulthood. Personality and individual differences*. n. 41, p. 1263-1273, 2006.

PACCIOLLA, Aureliano. *A Perspectiva da Morte na Logoterapia*. In: FREITAS, Marta Helena de; AQUINO, Thiago A. Avellar de; PAIVA, Geraldo José de. (orgs) *Morte, Psicologia e Religião*. São Paulo: Fonte Editorial, Edições Terceira Via, 2016.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. *Resiliência na Rua: Um Estudo de Caso*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 21, n. 2, p. 187-195, 2005.

PANZINI, Raquel G. *Escala de Coping religioso-espiritual: tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

_____; BANDEIRA, Denise R. *Coping (enfrentamento) religioso / espiritual*. In: Rev. Psiqu. Clin. 34, supl 1: 126-135, 2007.

PARGAMENT, K. I. *Religion and the problem-solving process: three styles of coping*. Journal for the scientific study of religion, v. 27, n. 1, p. 90-104, 1988.

_____; PARK, C. L. *Merely a defense? The variety of religious means and ends*. Journal of social issues. V. 51, p. 13-32, 1995.

_____. *Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press, 1997.

_____; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. *The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE*. Journal of clinical psychology, v56, n.4, p. 519-543, 2000.

PAULA JUNIOR, Wanderley de. *Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico*. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas), 2009.

PERTAN, A.R. *Pequeno diário de um doente terminal (trechos)*. Divulgado pelo site da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro/SPCRJ, 2005.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. V. C. *Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 135-143, 2004.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (ORG). *Buscar Sentido e Plenitude de Vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.

PINCUS, Lily. *A família e a morte: como enfrentar o luto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

RAHNER, Karl. *Curso fundamental da fé*. São Paulo: Paulus, 2008.

RIBEIRO, D. F. de C. *Das representações ao medo da morte na terceira idade*. ANAIS da 8ª JEPEHA – Jornada de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento Humano na Amazônia. Universidade Federal do Pará – UFPA, nov. 37-44, 2009.

ROCCA LARROSA, Suzana. *A fé parece ser uma chave no desenvolvimento das capacidades de resiliência*. In: *Revista UHU On-Line*. São Leopoldo, v. 07, n. 241, p. 19-23, 2007.

_____. *Resiliência: Um novo paradigma que desafia a reflexão e a prática pastoral*. *Atualidade Teológica*, ano XII, n. 28, 2008, jan-abr.

RODRIGUES, J. C. *Tabu da Morte*. Rio de Janeiro: Achiame, 1983.

RODRIGUES, Núbia; CAROSO, Carlos Alberto. *Ideia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa*. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. (Orgs) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

RODRIGUES, R. *Fundamentos da logoterapia na clínica psiquiátrica e psicoterápica*. Petrópolis: Vozes, 1991.

RUTTER, M. *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric Disorder*. British Journal of Psychiatry, n. 147, p. 598-611, 1985.

_____. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry, n. 57, p. 316-331, 1987

_____. *Resilience concepts and findings: implications for Family therapy*. Journal of Family therapy, n. 21, p. 119-144, 1999.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. *Espiritualidade baseada em evidências*. Acta Fisiátrica, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SABROZA, P. C. *Concepções de Saúde e Doença*. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001.

SANDSDALEN, T.; HOV, R.; HOYE, S.; RYSTEDT, I.; WILDE-LARSSON, B. *Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review*. Palliative Medicine, v. 29, n. 5, p. 399-419, 2015.

SANTOS, Gerson de Souza. *Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2009.

SCHELER, F. M. *A Posição Do Homem No Cosmos*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2003.

SILVEIRA, Daniel Rocha; GRADIM, Fernanda Jaude. *Contribuições de Viktor Frankl ao Movimento da saúde coletiva*. Revista de Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies, v. 21, n. 2, p. 153-161, 2015.

_____.; MAHFOUD, Miguel. *Contribuições de Viktor Frankl ao conceito de resiliência*. Campinas: Estudo de Psicologia, v. 25, n. 4, p. 567-576, 2008.

SIMÕES, Celeste. *Resiliência, saúde e desenvolvimento*. In: TOMÉ, Gina; MATOS, Margarida Gaspar. *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. Lisboa: Placebo Editora, 2012.

SMITH, B.; ORTIZ, J.; WIGGINS, K.; BERNARD, J.; DALEN, J. *Spirituality, resilience and positive emotions*. In: MILLER, L. J. *The Oxford handbook of psychology and spirituality*. New York: Oxford University Press, p. 437-450, 2012.

SORATTO, M. T.; SILVA, D. M.; ZUGNO, P. I.; DANIEL, R. *Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos*. Maringá: Revista Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 1, p. 53-63, jan./abr., 2016.

SORDI, Anne Orgler; MANFRO, Gisele Gus; HAUCK, Simone. *O conceito de resiliência: diferentes olhares*. Revista Brasileira de Psicoterapia, v. 13, n. 2, p. 115-132, 2011.

SOUZA MARANHÃO, J. L. DE. *O que é Morte*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

TAMURA, C. M. *A 'pornografia da morte' e os contos de Luiz Vilela*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

TELES, S. S. *Câncer infantil e resiliência: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na diade mãe-criança*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Dissertação de Mestrado, 2005.

TOLSTÓI, Lev. *A Morte de Ivan Ilitch*. São Paulo: Editora 34, 2009.

WALSH, F. *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. São Paulo: Roca, 2005.

WERNER, E. *Stress and protective factors in children's lives*. In: NICHOL, A. R. (Ed). *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*. Nova York: Wiley, 1985.

WERNER, E. *Resilience in development*. *Current directions in psychological Science*, v. 4, n. 3, p. 81-85, 1995.

WONG-MCDONALD, A.; GORSUCH, R. L. *Surrender to God: na additional coping style?* *J. Psychol Theol*, v. 28, n. 2, p. 149-161, 2000.

YAMAGUICHI, N. *O câncer na visão da oncologia*. In: CARVALHO, M. (Org). *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Livro Pleno, p. 21-34, 2002.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. *Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas*. In: TAVARES, J. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, p. 13-42, 2001.

ZANINI, D. S. *Coping: influencia de la personalidad y repercusiones en la salud mental de los adolescentes*. Barcelona: Universidad de Barcelona, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Tesis de Doctorado, 2003.

ZISELS, Ísis Lopes d'Oliveira. *Tanatologia e a afirmação da existência em Nietzsche e Viktor Frankl*. Juiz de Fora: Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Revista Psique, v. 1, n. 2, p. 82-94, 2016

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; PEGORARO, Priscilla Brandão Bacci. *Bioética e Cuidado: O Desafio Espiritual*. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (ORG). *Buscar Sentido e Plenitude de Vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008.