



FRANCISCO INSA

A formação da

AFETIVIDADE

UMA PERSPECTIVA CRISTÃ



[cultor de livros]

A FORMAÇÃO DA AFETIVIDADE
Uma perspectiva cristã

FRANCISCO INSA

A FORMAÇÃO DA AFETIVIDADE
Uma perspectiva cristã

Tradução de
MARCOS PAULO FERNANDES DE ARAÚJO

[cultor de livros]
São Paulo
2021

© Francisco Javier Insa Gómez, 2021

Título original

Con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente.
Formar la afectividad en clave cristiana (Palabra, Madrid, 2021)

Tradução

Marcos Paulo Fernandes de Araújo

Revisão

Maurício Dominguez Perez

Capa e Diagramação

Elisa H. Storarri

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Insa, Francisco

A formação da afetividade: uma perspectiva
cristã / Francisco Insa. Tradução de Marcos Paulo F.
de Araújo São Paulo: Cultor de Livros, 2021

ISBN: 978-65-86580-87-7

1. Teologia Moral 2. Afetividade 3. Vida cristã
I. Francisco Insa II. Título

CDD-241.6

Índice para catálogo sistemático:

1 Teologia Moral : Afetividade 241.6

Todos os direitos dessa edição pertencem a:

Cultor de Livros - Editora

Rua Prof. Alfonso Bovero, 257 - Sumaré

CEP 01254-000 - São Paulo/SP

Tel. (11) 3873-5266

www.cultordelivros.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. Mestre, que devo fazer para alcançar a vida eterna?.....	15
2. A formação da afetividade	17
3. Psicologia e formação	18
4. Conteúdo deste livro.....	21

I. PERSONALIDADE E AFETIVIDADE

1. O QUE É A PERSONALIDADE?	29
1. Noção de personalidade.....	29
2. Temperamento, caráter e personalidade.....	33
3. Traços de personalidade	36
4. OCEAN: o big five da personalidade.....	37
a) Openness ou abertura à mudança.....	38
b) Conscientiousness ou responsabilidade	39
c) Extraversion ou extroversão	40
d) Agreeableness ou cordialidade	41
e) Neuroticism ou instabilidade emocional	42
5. O locus de controle.....	43
6. Os mecanismos de defesa do “eu”	45
7. Aplicações à própria vida e à tarefa de formação.....	47
8. Condicionados, mas não determinados.....	49
2. COMO MEDIR A MATURIDADE?	51
1. Vê se cresce!.....	51
2. Critério zero: identidade.....	54

3. Primeiro critério: extensão do sentido de si mesmo.....	55
4. Segundo critério: relação emocional com outras pessoas	59
5. Terceiro critério: segurança emocional	61
6. Quarto critério: percepção realista, aptidões e tarefas.....	63
7. Quinto critério: auto-objetivação, autoconhecimento e senso de humor.....	65
8. Sexto critério: filosofia unificadora da vida.....	67
9. Da maturidade à identificação com Cristo.....	71
3. AMAR-SE PARA PODER AMAR.....	73
1. Deus, eu e os demais?	73
2. Como surge o amor a si mesmo	74
3. Ver-se à luz de Deus.....	80
4. Humildade e verdade.....	83
5. Deus, os demais e eu	85
4. O QUE É A AFETIVIDADE	87
1. O WhatsApp de um adolescente.....	87
2. Uma possível definição.....	89
3. Limitações da afetividade	92
4. O pecado original e suas consequências.....	93
5. Restaurar a imagem de Deus.....	95
5. DESENVOLVER A AFETIVIDADE A PARTIR DAS VIRTUDES TEOLÓGICAS.....	99
1. Uma proposta entre tantas.....	99
2. Fé	99
3. Esperança.....	106
4. Caridade	109
a) Se me falta o amor, de nada me serve.....	109
b) Amar e sentir-se amado.....	111
c) Aprender a amar	112
5. Um terreno fértil.....	117

II. CRESCER INTERIORMENTE AO LONGO DO CICLO VITAL

1. O CICLO VITAL	121
1. <i>Que é o ciclo vital</i>	121
2. <i>Os estágios psicossociais</i>	126
3. <i>A teoria do apego</i>	128
2. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	135
1. <i>A criança</i>	135
a) <i>Estágios evolutivos da infância</i>	135
b) <i>Orientações para os formadores</i>	139
2. <i>O adolescente</i>	144
a) <i>O eterno conflito de gerações</i>	144
b) <i>Delimitação da etapa</i>	147
c) <i>Construindo a identidade</i>	149
3. A IDADE ADULTA.....	157
1. <i>O adulto jovem</i>	157
a) <i>Delimitação da etapa</i>	157
b) <i>A incorporação ao mundo do trabalho</i>	159
c) <i>A formação de um novo lar</i>	160
d) <i>A crise dos 30</i>	162
2. <i>A plenitude da vida</i>	165
a) <i>Delimitação da etapa</i>	165
b) <i>Os 40: estabilidade vs. procura de novidades</i>	167
c) <i>Os 50: estabilidade sem rijeza</i>	173
d) <i>A síndrome do ninho vazio</i>	176
4. MELHORAR O CARÁTER NA VIDA ADULTA: CUIDAR DOS RELACIONAMENTOS	181
1. <i>A família</i>	181
2. <i>O trabalho</i>	184

3. Os amigos.....	185
4. Sem confundir e com uma clara hierarquia.....	191
5. A TERCEIRA IDADE	195
1. <i>Quem se atreve a marcar o início?</i>	195
2. <i>Delimitação da etapa</i>	197
3. <i>Manifestações do envelhecimento</i>	199
a) <i>A necessidade de se antecipar</i>	199
b) <i>Alterações físicas e cognitivas</i>	200
c) <i>Mudanças sociais</i>	202
4. <i>Uma digressão: quando a aposentadoria não vem</i>	206
5. <i>Preparar-se para a velhice</i>	207
6. <i>Uma etapa para seguir crescendo</i>	209
7. <i>Preparar-se para dar o salto à morada definitiva</i>	217
6. QUANDO O FIM SE APROXIMA	221
1. On Death and Dying	221
2. <i>Primeira fase: negação</i>	222
3. <i>Segunda fase: ira</i>	226
4. <i>Terceira fase: negociação</i>	228
5. <i>Quarta fase: depressão</i>	229
6. <i>Quinta fase: aceitação</i>	232
7. <i>Acompanhar uma morte cristã</i>	234

III. A VIRTUDE CRISTÃ DA CASTIDADE

1. POR QUE VIVER A CASTIDADE?.....	243
1. <i>Por que não posso desfrutar do corpo como quero?</i>	243
2. <i>A entrada em uma nova vida</i>	244
3. <i>Um templo para o Espírito Santo</i>	246
4. <i>O sexo é bom... vivido com ordem</i>	249

5. <i>A desordem da concupiscência</i>	251
6. <i>A virtude da castidade</i>	256
7. <i>Os meios tradicionais</i>	259
8. <i>Afetividade e castidade</i>	266
2. A ADICÇÃO DO SÉCULO XXI	269
1. <i>O mundo virtual</i>	269
2. <i>Vício ou adicção?</i>	270
3. <i>Adicção e internet</i>	272
4. <i>Um problema médico</i>	275
5. <i>Um problema social</i>	278
6. <i>Pessoas mais vulneráveis</i>	285
3. AJUDAR A VIVER A CASTIDADE.....	293
1. <i>Novas dificuldades, novos meios</i>	293
2. <i>Um modo sadio de usar a internet</i>	294
3. <i>Personalizar a solução</i>	301
4. <i>A catequese, o acompanhamento espiritual e a confissão</i>	303
5. <i>A ajuda profissional</i>	309
6. <i>A responsabilidade moral</i>	317
4. O CELIBATO CRISTÃO.....	325
1. <i>Dom e mistério</i>	325
2. <i>Afetividade e celibato</i>	331
3. <i>A afetividade de Jesus</i>	335
4. <i>Um celibato psicologicamente saudável</i>	338
5. <i>Situações que requerem especial discernimento</i>	344

IV. A AFETIVIDADE ENFERMA

1. OS TRANSTORNOS AFETIVOS.....	355
1. <i>A enfermidade mental</i>	355
2. <i>A ansiedade</i>	357
3. <i>Tristeza e depressão</i>	359
4. <i>O estresse profissional ou síndrome de burnout</i>	361
5. <i>Prevenir a patologia afetiva</i>	363
a) <i>Um estilo de vida saudável</i>	365
b) <i>Cuidar o descanso</i>	366
c) <i>Corrigir as distorções cognitivas</i>	369
d) <i>Otimizar o tempo de trabalho</i>	371
e) <i>Uma vida de piedade à prova de estresse</i>	378
6. <i>Quando vem a doença</i>	382
2. OS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE	387
1. <i>A personalidade e seus transtornos</i>	387
2. <i>A ajuda a partir do trabalho de formação</i>	390
3. <i>Classificação de transtornos de personalidade</i>	396
<i>Grupo A: os excêntricos</i>	397
<i>Grupo B: os extrovertidos ou egocêntricos</i>	399
<i>Grupo C: os introvertidos ou ansiosos</i>	404
3. <i>A personalidade evitativa-dependente</i>	406
4. <i>A personalidade obsessivo-perfeccionista</i>	410

EPÍLOGO

UM ESTILO FORMATIVO SADIO.....	419
1. <i>Duas maneiras de formar</i>	419
2. <i>Os tipos de educação</i>	421
3. <i>A personalidade do formador</i>	425

a) <i>Personalidade madura e vida virtuosa</i>	425
b) <i>Mostrar-se vulnerável</i>	427
c) <i>A formação do formador</i>	428
d) <i>Preocupação pela pessoa em sua integralidade</i>	430
e) <i>Respeito à pessoa e aos seus tempos</i>	433
f) <i>Superar os próprios fantasmas</i>	435
4. <i>Vale a pena</i>	439

BIBLIOGRAFIA.....441

1. <i>Bibliografia geral</i>	441
2. <i>Personalidade e afetividade</i>	442
3. <i>Crescer interiormente ao longo do ciclo vital</i>	443
4. <i>A virtude cristã da castidade</i>	444
5. <i>A afetividade enferma</i>	445
6. <i>Um estilo formativo sadio</i>	446

6. QUANDO O FIM SE APROXIMA

1. On Death and Dying

Como enfrentar a notícia de que a hora se aproxima? Qual é o melhor modo de comunicar o diagnóstico de uma doença mortal? Como ajudar os familiares a superar a dor pela perda de um ente querido?

A psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (Zurique 1926 — Arizona 2004) é conhecida por sua descrição das *fases do luto*, isto é, o processo psicológico de assimilação da notícia de que o final está próximo. Seu interesse começou em sua época de estudante, quando depois da Segunda Guerra Mundial visitou o campo de extermínio de Majdanek (Polônia) e ficou surpresa com as centenas de imagens de borboletas desenhadas nas paredes dos barracões. Este animal se converteria no símbolo de sua concepção da morte: para ela seria a passagem para outra forma de vida mais elevada.

Em 1958, ela se mudou para Nova York e, embora se sentisse inclinada pela pediatria, começou a especialização em psiquiatria. Durante os anos seguintes foi frequentemente solicitada para atender a moribundos que apresentavam sintomas depressivos. Aliando um grande sentido de humanidade aos seus conhecimentos científicos, escutou-os durante horas e os acompanhou com palavras e silêncios até o falecimento sereno. Depois de acompanhar durante todo o processo cerca de duzentos pacientes ao pé da cama (ao longo de sua carreira chegaria a acompa-

nhar milhares) escreveu sua obra mais conhecida: *On Death and Dying* (1969), traduzida para o português como *Sobre a morte e o morrer*.¹³⁸

Neste livro ela descreve cinco etapas pelas quais seus doentes passavam quando lhes era comunicado o diagnóstico fatídico: negação, ira, negociação, depressão e aceitação. Não se trata, afirma, de um processo rigidamente linear, mas de fases que podem se sobrepor, se sucederem em ordem diferente e ter uma duração variável em função da personalidade do paciente e de suas circunstâncias pessoais. Uma pessoa irritável experimenta mais intensamente a fase de ira, um “lutador nato” tende a negociar o máximo possível, um pessimista cai mais facilmente na depressão, etc., e em alguns pacientes podem não ser evidentes todas estas etapas.

Kübler-Ross logo se deu conta de que suas etapas eram válidas também para os familiares dos doentes e, de forma mais ampla, para a aceitação de outras notícias negativas. Seu trabalho pode nos ajudar a entender o sofrimento da pessoa que passa por uma etapa de luto e proporciona ferramentas para ajudá-la.

2. Primeira fase: negação

“Não, eu não, não pode ser verdade”.

A primeira reação do paciente diante da terrível notícia é se comportar como se o assunto não tivesse nada a ver com ele, tendo como certo que houve um erro de diagnóstico, que os resultados dos testes clínicos correspondem a outra pessoa, etc. Consequentemente, continua atuando como se nada houvesse acontecido, ao mesmo tempo que solicita que se repitam os exames ou busca uma segunda opinião. Mas esta fase tem sua função: permite ganhar tempo enquanto se consegue “digerir” a notícia.

138 E. KÜBLER-ROSS, *Sobre a Morte e o Morrer*, Martin Fontes, São Paulo 1981.

Segundo a psiquiatra suíço-americana, “esta negação ansiosa proveniente da comunicação de um diagnóstico é muito comum em pacientes que são informados abrupta ou prematuramente por quem não os conhece bem ou por quem informa levianamente ‘para acabar logo com isso’, sem levar em consideração a preparação do paciente”.¹³⁹

Aqui encontramos uma primeira pista para ajudar a morrer bem. A notícia deve ser comunicada pela pessoa adequada e no momento oportuno. Aqueles de nós que já trabalharam em hospital vivenciamos com frequência este dilema: o médico comunica o diagnóstico aos familiares e estes discutem entre si sobre quem é o mais indicado para transmiti-lo ao paciente. Não é infrequente que se decida que seja o próprio médico (afinal, faz parte das suas obrigações profissionais) ou o capelão que começou a atendê-lo. Sem descartar que em alguns casos estas opções possam ser legítimas, o ideal é que se encarregue o familiar com quem o enfermo tem mais confiança. Alguém que tenha, uma certa ascendência moral e, ao mesmo tempo, uma relação de proximidade afetiva. Diante de alguém assim, será mais fácil dar vazão aos sentimentos e buscar consolo: chorar, abraçar, etc.

Ainda que isto seja cada vez menos frequente, continuam ocorrendo situações em que procuram adiar o máximo possível a notícia, com a desculpa — ou a reta intenção — de poupar tempo de sofrimento ao doente. Às vezes, no entanto, também se quer poupar esse tempo para si próprio. Cabe lembrar, em primeiro lugar, que o doente tem direito — reconhecido legalmente — de saber seu estado de saúde e o resultado dos exames que tenha realizado. O fato de comunicar em primeiro lugar aos familiares por razões de sensibilidade, não pode levar ao abuso de ocultar a verdade ao interessado.

Além disso, o doente intui facilmente que alguma coisa vai mal e começa a suspeitar. A sucessão de exames e internações, a

139 *Ibidem*, p. 51.

comunicação de que “o resultado não é concludente” ou que será preciso realizar um exame mais invasivo, ler a bula do remédio prescrito ou uma simples procura na *Wikipedia* o farão suspeitar que deve ser, no mínimo, um diagnóstico grave.

Um adiamento excessivo pode dar lugar a *pactos de silêncio* perniciosos, em que o doente e os familiares “sabem que o outro sabe”, mas não se atrevem a falar do que realmente preocupa e faz sofrer para não fazer o outro sofrer. Para se pouparem mutuamente do mau momento, deixam de se apoiar e de dizer aquilo que precisam exprimir.

A doutora Kübler-Ross, contrariamente, opina que convém falar o quanto antes. “Não raramente, somos acusados de falar da morte com o paciente em estado grave quando o médico acha — muito justamente — que não estão morrendo. Sou a favor de falar com os pacientes sobre a morte e de que vão morrer bem antes que isso ocorra de fato, desde que paciente o queira. Um indivíduo saudável e forte pode tratar melhor do assunto e ficar menos espantado como a aproximação da morte estando ainda a ‘quilômetros de distância’, do que estando ‘às portas’, como observou com tanta propriedade um paciente nosso. Além disso, é mais fácil discutir esses assuntos em tempos de relativa saúde e bem-estar, quando há segurança financeira para as crianças e para os demais, enquanto o chefe de família ainda está atuante. Adiar este tipo de conversa não beneficia o paciente, mas serve para nos pôr na defensiva”¹⁴⁰

A última frase nos dá um indício para o motivo da falta de comunicação. Falar da morte é incômodo para todos porque *desperta muitos fantasmas*, obriga a confrontar a realidade da própria morte. Talvez isto seja mais frequente em nossa sociedade atual secularizada do que era há meio século, quando se escreveu o livro em que nos baseamos. Não é que atualmente a morte

140 *Ibidem*, pp. 51-52.

não esteja presente. Basta ler as notícias. O problema é enfrentar a possibilidade da *própria morte*.

Vamos novamente aos clássicos da literatura - desta vez a Tolstói - para ilustrar esta ideia: “O exemplo do silogismo que ele aprendera na Lógica de Kiesewetter: Caio é um homem, os homens são mortais, logo Caio é mortal”, parecera-lhe a vida toda muito lógico e natural se aplicado a Caio, mas certamente não quando aplicado a ele próprio. Que Caio, ser abstrato, fosse mortal estava absolutamente correto, mas ele não era Caio, nem um ser abstrato. Não: havia sido a vida toda um ser único, especial. (...) O que sabia Caio do cheiro da bola de couro de que Vanya tanto gostava? Por acaso era Caio quem beijava a mão de sua mãe e escutava o suave barulho da seda de suas saias? Foi por acaso Caio quem se envolveu em protestos quando estudante de Direito? Foi Caio quem se apaixonou? Quem presidiu sessões como ele? E Caio certamente era mortal e era mais do que justo que morresse, mas ele, o pequeno Vanya, Ivan Ilitch, com todos os seus pensamentos e emoções, é completamente diferente. Não pode ser verdade, isto seria terrível demais.”¹⁴¹

Tudo o que dissemos não implica em colocar o enfermo bruscamente diante de sua situação ou insistir em romper a defesa de sua negação. Frequentemente, o melhor é ir pouco a pouco, insinuando a notícia, fazendo perguntas com tato e permanecendo atento ao que o interessado quer ouvir e está preparado para aceitar. O melhor modo de descobrir isso, não são apenas suas perguntas, mas também seus gestos e sua atitude como um todo. Enquanto isto, deve-se deixar aberta a possibilidade de que continue perguntando e pode ser oportuno manter viva a chama da esperança e — na medida do razoável — solicitar outros exames ou pareceres.

Em todo caso, deve-se ter sempre presente o bem do outro, não o próprio. Esse bem inclui o tempo para que se prepare em

141 L. TOLSTÓI, *A morte de Iván Ilitch*, VI.

todas as dimensões: profissional, familiar (despedir-se, reconciliar-se, fazer testamento, etc.) e também espiritual. Obviamente, tanto será mais fácil para ele lidar com estas questões quanto melhor for o seu estado de saúde.

3. Segunda fase: ira

“Por que eu?”. “Por que não poderia ter sido o velho George?”. “Não é justo”.

A realidade é implacável e o muro levantado na fase anterior acaba desmoronando. O paciente terminal admite que sua situação é realmente grave e culpa a família, o médico, o sistema de saúde, a sociedade, etc.: não prestaram atenção suficiente às primeiras queixas, não foram diligentes para iniciar os exames médicos, não acertaram com o tratamento adequado... Uma vez encontrei a foto de uma tumba cujo epitáfio mostrava claramente que o pobre defunto fora surpreendido nesta fase: “Já vos disse que estava doente”.

Algumas vezes, a ira se manifesta de maneira mais vaga, como um ressentimento em relação àqueles que têm saúde, que podem reagir surpresos: “Que culpa tenho eu de estar são?”.

Segundo Kübler-Ross, nesta fase “o pior é que talvez não analisemos o motivo da raiva do paciente; nós a encaramos como algo pessoal, quando, em sua origem, ela nada ou pouco tem a ver com as pessoas em quem é descarregada. Reagindo a esta raiva de maneira pessoal, a família ou os enfermeiros retribuem com uma raiva ainda maior, retroalimentando o comportamento hostil do paciente”.¹⁴² De fato, o pior que pode ocorrer é começar uma “escalada simétrica de violência” que acabe afastando as pessoas, justo no momento em que mais se precisam.

No fundo, o doente não está verdadeiramente chateado com nenhuma dessas pessoas, mesmo que seus argumentos possam

142 KÜBLER-ROSS, *Sobre a Morte e ou Morrer*, p. 64.

sugeri-lo. O paciente se rebela *contra a situação* e arremete contra tudo o que vê pela frente, como um javali ferido. Por isso, é preferível normalmente não se justificar nem argumentar sobre o erro das acusações (o que não significa dar razão). É o momento de escutar, de “fazer-se como esponja” da angústia do outro (o que pressupõe que o familiar tenha um lugar onde “descarregar” o que absorveu). Pode ser oportuno reduzir a duração das visitas ou espaçá-las, especialmente se se trata de pessoas que despertam especialmente a agressividade do doente.

É fundamental, sobretudo, mostrar-se empático. Que diferença dizer em tom acusatório: “Você não tem razão, está sendo injusto” e afirmar: “Vejo que você está passando muito mal. Esta situação deve ser muito dolorosa para você”. São modos de mostrar que é respeitado, cuidado, querido, que se aceitam seus sentimentos sem culpá-lo por tê-los.

Nesta fase, em que o paciente se vê emocionalmente desamparado pela enfermidade, é bom torná-lo partícipe das decisões: isto lhe dará um mínimo de sensação de controle. Por exemplo, convém acertar com ele o momento e a duração das visitas dos amigos ou das consultas médicas. Mesmo que não tenha diretamente a ver, creio que se pode aplicar aqui uma experiência comum na medicina paliativa com o uso de analgésicos: se em vez de prescrever uma dose fixa, se indica ao doente que a regule em função da intensidade da dor, habitualmente acaba consumindo menos remédios. Parece que a sensação de controle diminui ou torna mais suportável a dor física e o sofrimento psicológico.

A ira pode também se dirigir a Deus: “Como Ele pôde permitir esta doença que não afeta apenas a mim, mas deixa a minha família desamparada?”. O crente vê como se põe à prova a solidez das suas convicções: provavelmente terá ouvido muitas vezes que Deus é bom, Pai providente, que “todas as coisas cooperam para o bem dos que amam a Deus” (Rm 8,28)... mas talvez não tenha interiorizado isso totalmente e se rebela. Não se trata, nestes casos, de tentar “defender a Deus” ou repetir “o mesmo de

sempre”, algo que o sujeito poderia interpretar como receitas pré-fabricadas que já mostraram sua ineficácia.

Um doente grave frequentemente não está em condições de fazer grandes elucubrações e que talvez não sejam necessárias: deixemos que vá para o Céu — que é o importante — com seus erros e ali se dará conta do equívoco de seus juízos. Pode ser mais eficaz apresentar algum argumento positivo que chegue à sua mente e ao seu coração: “Apesar de tudo, Deus é teu Pai e te ama”; “Ele sabe mais, porque tem a perspectiva da eternidade”; “Nós vivemos condicionados demais pelo momento presente”. Retomaremos esta ideia na última parte do capítulo.

4. *Terceira fase: negociação*

“Deixa eu viver para ver meus filhos se formarem”. “Farei qualquer coisa por um par de anos a mais”.

Trata-se de uma reação similar à de uma criança que primeiro exige, e logo pede por favor, prometendo uma mudança de conduta. O enfermo pode adotar a postura de negociar com o médico (doar seu corpo para pesquisa, adquirir finalmente hábitos de vida saudáveis, deixar de fumar) ou, mais frequentemente, com Deus (ir à Missa todos os domingos, rezar, afastar-se do pecado...). Em troca da mudança, pede-se um pouco mais de vida ou pelo menos uma diminuição da dor ou da incapacidade.

Kübler-Ross aduz que “ficamos impressionados com o número dos que prometiam ‘uma vida dedicada a Deus’ ou ‘uma vida a serviço da Igreja’ em troca de um pouco mais de tempo de vida”¹⁴³. No entanto, também comenta com certa ironia que “nenhum de nossos pacientes ‘cumpriu as promessas’:¹⁴⁴ se obtêm o que pedi-

143 *Ibidem*, p. 97.

144 *Ibidem*, p. 96.

ram, não mantêm a mudança de conduta e não se conformam com o prazo pedido.

Uma primeira resposta por parte dos médicos e dos familiares é “fazer tudo que é possível” para atender a petição, sem se comprometerem ao que é impossível assegurar. Mas a simples escuta compreensiva e paciente dessas petições tem outro efeito benéfico, pois ajuda a conhecer as preocupações do doente: o futuro de sua família, remorsos pelo passado, etc. A simples verbalização ajuda a remover medos excessivos ou irracionais e a propor alguma solução. Por exemplo, pode-se dizer, afetuosamente: “Você não vai perder meu casamento: se não puder comparecer pessoalmente, poderá vê-lo muito melhor lá do Céu”, ou “Não é necessário prometer a Deus que, caso Ele te cure, você se comportará bem. Creio que o que Ele pede agora é que você suporte com paciência a tua dor”. Estas conversas permitem, principalmente, enfrentar um dos maiores medos, o da solidão e do abandono: “Aconteça o que acontecer, estarei contigo”.

Abre-se assim a possibilidade de uma nova forma de relacionamento com Deus, mais madura e desinteressada. A *negociação* que se deve estimular com Deus pode se resumir deste modo: “Dai-me forças para suportar a doença e te prometo que farei desde já o possível para crescer em amor a Vós e aos demais”. Já dizia Santo Agostinho: “Deus não pede coisas impossíveis, mas faz o que podes, pede o que não podes e Ele te ajudará para que possas”.¹⁴⁵

5. *Quarta fase: depressão*

“Estou tão triste... por que seguir lutando?”

A doença segue o seu curso e torna-se evidente que as negociações fracassaram: Deus pode fazer milagres, mas, de fato, nem sempre os realiza. Sobrevêm as hospitalizações, as operações,

145 SANTO AGOSTINHO, *Sobre a natureza e a graça*, XLIII, 50.

aumenta a perda de força e a limitação da autonomia... A relação com o corpo se torna diferente, quase conflitiva. Até então havia sido um amigo fiel mas agora se empenha em reclamar. O enfraquecimento e as percepções somáticas podem também dificultar que o enfermo reconheça o *corpo* como próprio.

Chega-se, desta forma, à fase da depressão. Kübler-Ross separava dois tipos: uma reativa e outra preparatória. É importante conhecê-las, já que são de natureza diversa e a atitude da equipe médica e da família devem ser diferentes.

A *depressão reativa* se deve à perda da imagem corporal, da autonomia e do papel social e profissional, assim como à impossibilidade de continuar dando atenção à família, à consciência dos projetos inacabados, aos objetivos não alcançados, à culpa pelos erros passados, etc. Este primeiro tipo é o que mais reclama o apoio dos entes queridos, que podem ajudar o doente a verbalizar os medos, a ver o futuro próprio e alheio com mais objetividade, a resolver na medida do possível as causas que da sua preocupação, tornar-lhe mais fácil manter o tempo ocupado e se sentir útil e produtivo, à medida que seu estado de saúde o permita, etc.

Quando o sujeito cai numa verdadeira depressão, não é fácil conseguir que mantenha um mínimo de atividades. Pode ajudar fazê-las juntos, pedindo como um favor (uma espécie de *chantagem emocional*). Em vez de dizer, de modo imperativo: “Você tem que sair”, pode ser mais eficaz pedir: “Preciso que alguém me acompanhe para fazer as compras, você poderia vir?” ou “Estou com vontade de dar um passeio, você se importaria de ir comigo?”.

Evidentemente, é fundamental o papel dos diferentes profissionais (médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.) que, além de tratar os sintomas diretamente relacionados com a doença, estão atentos aos aspectos subjetivos. Em muitos casos, é preciso iniciar um tratamento farmacológico ou psicoterapêutico.

Nesta fase, pode aparecer não apenas o desejo de morrer o quanto antes, mas também os pensamentos suicidas ou — nos países onde é legal — o pedido de eutanásia. Recomendo o livro

Seduzidos pela morte, do doutor Herbert Hendin,¹⁴⁶ para encontrar argumentos sólidos sobre este tema. Parece-me importante destacar que — deixando de lado a possibilidade de uma depressão clínica, que deve ser adequadamente tratada — é importante saber interpretar a *verdadeira mensagem* que o paciente está tentando transmitir. Por trás de um “Não quero mais viver” talvez esteja um “Não posso continuar vivendo *assim*” (com dor, com solidão, com medo) e, por trás de um pedido para “morrer com dignidade”, talvez se oculte um pedido para “viver com dignidade”. Com frequência estas petições não se baseiam tanto na situação atual quanto no medo do futuro: da dor, de ser abandonado, de depender dos outros, de se tornar um peso, etc. Hoje em dia é possível garantir que a morte não chegará entre dores insuportáveis graças aos desenvolvimentos da medicina paliativa e da terapia de dor (inclusive a sedação, caso necessário). Mais difícil é tranquilizar alguém quanto à perda de autonomia, como vimos ao estudar a terceira idade. Sem dúvida é um dos grandes desafios da nossa sociedade e não se limita à dimensão puramente médica.

Um segundo fator perturbador do estado de ânimo é a *depressão preparatória*, devida à consciência da perda da própria vida. À diferença da anterior, trata-se de uma depressão silenciosa: não há queixas nem lamentos porque é muito mais difícil verbalizar o que se sente falta. Segundo a psiquiatra suíço-americana, ela tem uma função própria: preparar-se psicologicamente para a morte iminente e abrir as portas à última fase, a aceitação.

Neste caso, a atitude dos familiares e da equipe de saúde deve ser diferente. Não é preciso palavras de ânimo, argumentos contra o pessimismo ou tentar mostrar tudo o que ainda pode aproveitar. Dito com outras palavras: não é oportuno tentar fazer que

146 H. HENDIN, *Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide*, W.W. Norton, New York (NY) 1998.

veja as coisas de outro modo. O paciente tem razão ao se sentir assim: está abandonando esta vida.

Ajuda muito mais permitir que expresse sua dor e apoiá-lo de maneira também silenciosa mediante a comunicação não-verbal: atitudes, gestos e olhares. Os doentes agradecem quem se senta ao lado, disposto a escutar e respeitar o silêncio sem repetir os motivos pelos quais “não deveria estar tão triste”. É igualmente importante respeitar o desejo de estar sozinho. Como compatibilizar com o carinho, a proximidade e a disponibilidade que possa apreciar? Talvez fazendo visitas curtas e frequentes, limitando a perguntar: “Está precisando de algo? Vou ficar um pouco contigo”.

Outra das características desta etapa, destacada por nossa autora, é que a dimensão espiritual da pessoa costuma se tornar mais presente, já que ela começa a se ocupar mais com aquilo que a espera que do que com aquilo que deixa para trás. Voltaremos também sobre este ponto na última parte do capítulo.

6. Quinta fase: aceitação

“Vai ficar tudo bem”. “Não posso lutar mais. Tenho que me preparar para dar o salto”

Segundo Kübler-Ross, “um paciente que teve a disposição ou o tempo necessário (isto é, que não teve uma morte súbita e inesperada) e que recebeu alguma ajuda para superar tudo conforme descrevemos anteriormente, atinge um estágio em que não sente mais depressão, nem raiva quanto ao seu ‘destino’. Pode externar seus sentimentos, sua inveja pelos bem-sucedidos e sadios e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo. Lamenta a perda iminente de pessoas e lugares queridos e contempla seu fim próximo com um certo grau de expectativa tranquila”.¹⁴⁷

147 KÜBLER-ROSS, *Sobre a Morte e ou Morrer*, p. 126.

O objetivo de todo este capítulo é oferecer instrumentos aos familiares e aos médicos para que os doentes cheguem quanto antes a esta fase, que tem também suas peculiaridades. De fato, é um erro esperar que com a aceitação se normalizem as atividades e o estado anímico seja equivalente ao que tinha antes de receber o diagnóstico. “Não se confunda aceitação com um estágio de felicidade. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e tivesse chegado o momento do ‘repouso derradeiro antes da longa viagem’, no dizer de um paciente”.¹⁴⁸

Esta fase culmina no que chamamos no capítulo anterior como “desapego desta vida”. Apesar de não se encontrar deprimido (não há tristeza, choro ou desespero) pode persistir uma certa apatia ou indiferença em relação ao mundo exterior. As coisas que antes o empolgavam (*hobbies*, interesses, seu time de futebol e mesmo algumas dinâmicas da própria família) podem deixar de ter um impacto emocional relevante. Vive-as como se pertencessem a outro mundo, já que, com efeito, encontra-se psicologicamente cada vez mais alheio a este.

Também é frequente que deseje estar só e se mostre menos comunicativo. Mas nem por isso deixa de necessitar da proximidade dos seus entes queridos ou de apreciá-la. “O paciente indica com um gesto de mão que nos sentemos um pouco. É provável que só segure nossa mão, em um pedido velado para que fiquemos em silêncio. Para quem não se perturba diante de quem está prestes a morrer, estes momentos de silêncio podem conter as comunicações mais significativas”.¹⁴⁹ Essa companhia lhe dará a segurança de que há muitas pessoas que o amam, o respeitam e o acompanham em sua dor, que sua vida teve sentido porque amou e foi amado.

Nesta fase, quem pode precisar de mais ajuda é a família. Nas etapas anteriores, ela se desviveu para dar apoio ao doente e tentar atenuar seu sofrimento. Uma vez que esteja sereno, os fami-

148 *Ibidem*, p. 127.

149 *Ibidem*.

liares terão a calma suficiente para lidar com a notícia. Além de continuar dando atenção às necessidades do seu ente querido, também eles têm que superar as cinco fases do luto. Por certo, já dissemos que a doutora Kübler-Ross aplicava seu modelo também ao luto dos familiares e inclusive à assimilação de qualquer tipo de má notícia. Para terminar com bom humor, assim aplicava aos seus alunos um experimentado e exigente professor: “Quando tenho que deixar um aluno em prova final, primeiro ele o *nega*, pensando que eu talvez tenha somado mal os pontos da prova, ou dado a ele a nota de outro. Logo se *chateia* porque perguntei algo que não expliquei suficientemente ou fui severo demais. Depois pede a revisão da prova e tenta *negociar* para obter um ponto a mais aqui ou ali, ou prometendo que estudará a matéria no verão. Posteriormente, se *deprime* pensando que nunca será capaz de passar e terá que mudar de profissão ou de universidade. Mas, finalmente, a maioria *aceita* que simplesmente precisam estudar um pouco mais, gastando o tempo necessário e passarão na disciplina sem maiores problemas”.

7. Acompanhar uma morte cristã

O estudo das fases do luto ajudou-nos a “entrar na mente do doente”. Conhecer este processo, assim como os aspectos médicos da sua doença, ajuda a se aproximar dele com carinho e delicadeza, respeitando seu tempo. A perspectiva de Kübler-Ross está, além disso, explicitamente aberta a uma visão transcendente do homem e leva em conta sua dimensão religiosa de modo compatível com as diferentes crenças.

Nesta última parte, veremos algumas ideias para ajudar a *morrer bem* a partir de uma perspectiva especificamente católica. Não repetirei o que já foi tratado nas seções anteriores sobre como escutar mais do que falar, não tentar dar muitas explicações ou *defender a Deus*, etc.

O conceito de Deus para um cristão parte de duas premissas: é meu Pai e me ama. Trata-se de realidades tão grandes que sempre permitem um maior aprofundamento. Também podem se tornar presentes diante dos momentos de crise. Por exemplo, diante de uma morte inesperada que põe um fim abrupto ao bem-estar e aos projetos futuros e traz dor e incerteza às pessoas amadas.

Para muitas pessoas, é necessário o itinerário que São Josemaria descreveu da seguinte forma: “Gradação: resignar-se com a Vontade de Deus; conformar-se com a Vontade de Deus; querer a Vontade de Deus; amar a Vontade de Deus”.¹⁵⁰ Os dois primeiros passos (resignar-se e conformar-se) parecem evidentes, mas será possível querer e inclusive amar essa Vontade quando consiste em abandonar precocemente esta vida? Sim, porque mesmo que a morte produza uma rejeição natural espontânea, para alguém com fé ela significa o umbral para entrar no Céu, que é um bem muito maior que qualquer mal parcial (perdas, dor, sofrimento, etc.). Além disso, Deus é tão poderoso que dos males tira bens, e dos grandes males grandes bens. Este raciocínio traz serenidade, porque abre à esperança do gozo futuro.

Pois bem, terá algum sentido o mal que agora estou passando? Para uma reflexão antropológica e teológica profunda, recomendo a Carta *Salvifici doloris* de São João Paulo II.¹⁵¹ Nos próximos parágrafos irei me limitar a umas breves pinceladas, que me parecem oportunas para a finalidade deste livro.

Em primeiro lugar, a dor é uma consequência do pecado. Não estava no desígnio original de Deus ao criar ao homem, mas entrou em cena à raiz da desobediência de Adão e Eva (cf. Gn 3,16-19). É parte do castigo que toda pessoa deve assumir, porém não em relação direta com seus próprios pecados. O livro de Jó mostra isso com grande dramaticidade: em vista das grandes desgraças que o afligem, seus três amigos insistem que ele deve

150 SÃO JOSEMARIA ESCRIVÁ, *Caminho*, São Paulo, Quadrante 2016, n° 774.

151 SÃO JOÃO PAULO II, Carta Apostólica *Salvifici doloris*, 11 de fevereiro de 1984.

ter feito algo ruim para merecê-las, mas Jó garante que sempre caminhou com retidão diante de Deus. A intervenção de Yahweh no final do livro é duplamente surpreendente: em primeiro lugar, porque não dá uma resposta para o motivo do seu sofrimento, simplesmente apela para o seu próprio poder e sabedoria e pede ao patriarca confiança e aceitação. O segundo motivo é que Jó acaba recuperando a saúde e os bens que havia perdido, o que parece um retorno à retribuição nesta mesma vida.

O mistério da dor somente encontra explicação olhando para Jesus Cristo, o verdadeiro justo, que assume o sofrimento “até a morte e morte de cruz” (Fl 2,8). Desta forma, manifesta seu amor à Vontade do Pai (a gradação mais alta proposta por São Josemaria) e também seu amor aos homens, àqueles que resgatou do pecado com seu sangue (cf. Is 53,5). Da mesma forma que Jó, não se revela completamente o sentido da dor, mas fica patente que a dor é compatível com o amor de Deus: Jesus nunca duvida do amor do Pai nem deixa de amá-lo.

O Evangelho explicita um sentido do sofrimento que até então mal havia sido intuído. É São Paulo quem o sintetiza com mais clareza: “Completo em minha carne o que falta aos sofrimentos de Cristo em benefício de seu corpo, que é a Igreja” (Col 1,24). A identificação com os sentimentos de Cristo consiste também em participar — cada um com sua própria vida — na Paixão do Senhor e contribuir assim, sendo corredutores, para a salvação da humanidade.

Estas breves linhas não oferecem uma explicação definitiva capaz de resolver qualquer gênero de incertezas, nem eliminam o caráter misterioso da dor. Contudo creio que ao menos acendem uma luz: algo haverá na dor para ter sido escolhida por Deus como instrumento para mostrar seu amor aos homens e salvá-los. Como diz o Concílio Vaticano II, “por Cristo e em Cristo, esclarece-se o enigma da dor e da morte, o qual, fora do Seu Evangelho, nos esmaga”.¹⁵²

152 CONCILIO VATICANO II, Const. Pastoral *Gaudium et spes*, 7/12/1965, n° 22.

Olhar para Cristo padecente tem consequências muito mais diretas para o doente do que parece à primeira vista. O próprio Jesus teve, antes de sua Paixão, sua própria *fase de negociação*. Na oração no horto do Getsêmani rezou desta forma: “Meu Pai, se é possível, afasta de mim este cálice! Todavia, não se faça o que eu quero, mas sim o que tu queres” (Mt 26,39). Começou apelando à bondade do Pai, e terminou aceitando confiadamente sua vontade. Por isso não há motivo para que nós, pobres criaturas, surpreendamo-nos se não apenas negociamos com Deus, mas até nos chateamos filialmente com Ele, para logo “fazer as pazes” reconhecendo que Ele sabe mais. Diante da enfermidade e da dor, a liberdade às vezes não consiste em escolher o que faremos com nossa vida, mas sim na decisão de como vamos enfrentar o inevitável.

A melhor ajuda para viver cristãmente a enfermidade e a morte será precisamente pôr-se — ou ajudar o enfermo a se situar — diante de Cristo, ler o Evangelho e principalmente as cenas da Paixão. Perguntar a Jesus: “Como você conseguiu suportar isto tudo? Poderia me ajudar a superar minha dor?”. Ter um crucifixo por perto será de grande ajuda. Melhor ainda, dois: um à vista para contemplá-lo da cama e outro na mão para apertá-lo com força quando o sofrimento físico ou moral se fizer mais intenso. Por-se junto à cruz de Cristo traz, além disso, um encontro inesperado: ali está Santa Maria (Jo 19,25), consolando Jesus, São João e, nele, cada um dos discípulos amados de seu Filho.

É, pois, necessário perseverar na oração, ainda que não sejamos capazes de acabar de entender o porquê da situação. Basta intuir e confiar em nosso Pai Deus. Para que o doente reze, o melhor é fazê-lo com ele e pedir que reze por certas intenções. Será um modo de saber-se útil. Quando estiver muito incapacitado, as orações vocais simples como o terço acompanharão as longas horas de inatividade exterior.

Alguns enfermos podem sofrer neste momento uma espécie de crise: “E se eu estiver errado? E se não houver uma vida depois desta?”. Normalmente, não é uma dúvida de fé própria-

mente, mas apenas um certo escrúpulo que se infiltra sub-repticiamente e se resolve explicitando o desejo de estar com Deus, de vê-Lo face a face. Algumas vezes, pode refletir uma fé imatura, não interiorizada, que cambaleia ao ser posta à prova. Em todo caso, não é o momento de fazer grandes raciocínios, mas de se abandonar, humilhando, se for necessário, a inteligência, e voltando quiçá à fé ingênua da infância. “Deixai vir a mim estas criancinhas e não as impeçais, porque o Reino dos Céus é para aqueles que são como elas” (Mt 19,14).

Convém que as pessoas com contato mais direto com estes doentes (familiares, capelães de hospital, voluntários, etc.) conheçam algum material adaptado a sua capacidade e situação: livros, folhetos, páginas de internet, etc. As biografias costumam ser de grande utilidade, porque não explicam, mas mostram que é possível levar cristãmente a doença, levam a mente e o coração a dizer: “Queria morrer assim”.

Isto oferece mais um sentido para o sofrimento do doente: deixar para os entes queridos uma recordação e um exemplo. A própria Kübler-Ross diz que para muitos familiares que acompanharam seus entes queridos até a fase de aceitação, a experiência se revela surpreendente, “pois isto mostra que a morte não é uma coisa horrível, medonha, que tantos querem evitar”.¹⁵³

Viktor Frankl escreveu que “na realidade não importa o que esperamos da vida, mas importa o que a vida espera de nós”.¹⁵⁴ De modo similar, será útil ao doente indagar o que Deus espera dele em sua situação e centrar-se não naquilo que a dor faz dele, mas sim no que ele pode fazer com sua dor, que é muito, para seu próprio bem e para o de muitas pessoas.

Tudo o que se disse até aqui pode parecer muito bonito, mas não será superior às forças de uma pessoa normal? Talvez sim. Por isso precisamos de uma ajuda externa: a graça divina que se

153 KÜBLER-ROSS, *Sobre a Morte e ou Morrer*, p. 128.

154 V. FRANKL, *Em busca de sentido*. Petrópolis, Vozes 2018, p. 101.

oferece a nós nos sacramentos. Concretamente, existem três que estão especialmente relacionados com este momento.

O primeiro é a confissão. Que paz nos dá saber que, independentemente de quão mal nos comportamos em nossa vida, Deus nos perdoa sempre. Nunca é tarde para reconciliarmos com Ele e, através de Ele, encontrar também a paz consigo mesmo e com os demais.

Em segundo lugar, temos a unção dos enfermos, que convém oferecer tempestivamente ao doente, sem esperar uma fase muito avançada da enfermidade, nem arriscar a que perda a consciência. Às vezes, há medo de mencionar este sacramento, mas acontece aqui algo parecido à comunicação do diagnóstico fatídico: pode haver mais medo no familiar que no próprio paciente.

Finalmente, a comunhão, que para os doentes terminais tem um nome específico: o viático, um alimento — que consiste nada menos que no próprio Corpo de Jesus — para o último trecho do caminho rumo ao Céu. Contavam-me, certa vez, de uma pessoa que fazia companhia à sua mãe no leito de morte e lhe disse: “Mãe, você acredita que o Senhor a acolherá logo?” (Uma pergunta, certamente, muito pouco oportuna nesse momento). Mas a mãe tinha mais senso comum que o filho e lhe respondeu cheia de fé: “Se eu o recebi todos os dias, durante tantos anos, como não me vai me receber hoje? Sim, me receberá”.