

# UM CAMINHO PEDAGÓGICO PASTORAL PARA A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA RELIGIOSA\*



Abimar Oliveira de Moraes\*\*, Eduardo Antonio Calandro\*\*\*, Jane Maria Furghestti\*\*\*\*

**Resumo:** *este artigo objetiva apresentar algumas perspectivas que nos permitam pensar a resiliência como uma ferramenta para a pastoral cristã no enfrentamento da algofobia que marca nossas sociedades atuais. Após breve análise da tradição bíblica judaico-cristã e partir da visão sapiencial nela presente, o artigo busca propor um caminho pastoral de construção da resiliência a partir de alguns princípios que regem a fé cristã.*

**Palavras-chave:** *Teologia Prática. Religião. Saúde. Enfermidade. Resiliência.*

A reflexão sobre as possíveis relações entre Religião e Saúde coloca-nos diante da capital temática da condição humana e do lugar que a doença e o sofrimento têm nesta condição. Cremos que a Religião pode oferecer contribuições para interpretar esta dramática experiência humana e modalidades éticas para enfrentá-la. Sobre certo sentido, tais ‘modalidades comportamentais’ é que originarão a ‘saúde’, não reduzida ao seu aspecto meramente biológico.

Em seu estudo, Fleck *et al.* (2003, p. 447) afirmam que:

*Desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão “não material” ou “espiritual” de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de “saúde” da*

\* Recebido em: 30.10.2019. Aprovado em: 22.11.2019.

\*\* Doutor em Teologia (Università Pontificia Salesiana de Roma – Itália). Docente do Programa de Pós-Graduação em Teologia (PUC RJ). Presidente do Conselho Diretor da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Teologia e Ciências da Religião. *E-mail:* abimar@puc-rio.br

\*\*\* Doutor em Teologia (PUC RJ). Mestre em Psicologia (PUC Goiás). *E-mail:* educalandro@ig.com.br

\*\*\*\*Doutora e Mestre em Teologia (PUC RJ). *E-mail:* jmariaf@hotmail.com

*Organização Mundial de Saúde para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença”.*

A importância da dimensão religiosa tem sido pesquisada por diversos autores. Tal dimensão tem relevante papel no enfrentamento da situação de enfermidade. Segundo Calvetti, Müller e Nunes (2007, p. 712), não poucos autores salientam a importância da escuta dos aspectos religiosos juntamente com os demais aspectos do desenvolvimento humano.

Por esta razão, estudos teológicos sobre o binômio saúde/doença são de fundamental importância. Observamos, porém, que qualquer discurso teológico, nesse campo de estudo, que queira levar em consideração a situação atual deve partir de um pressuposto: a sociedade tecnológica contemporânea está, de certo modo, dominada pela algofobia, isto é, por um medo incomum de se submeter a experiências dolorosas. Em muitas de nossas culturas, prevalece o ‘mito’ da libertação do sofrimento. Quase nenhum significado positivo é atribuído à experiência de dor. Tal experiência se apresenta como um absurdo que deve ser eliminado e, por este motivo, a supressão da dor se tornou uma importante tarefa, em nossos dias.

Lutar contra a dor é uma prioridade absoluta. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, dentre outros, dedicam suas pesquisas ao desenvolvimento de remédios e terapias que combatam a dor. Isto faz com que observemos um consumo frequente e crescente de medicamentos, psicofármacos, terapias que agem sobre o corpo e sobre o humor. A busca pela modificação dos estados somático e de ânimo é a tentativa, hoje, de combatermos a dramaticidade da algofobia.

No presente artigo, propomos a resiliência como uma forma de nova práxis pastoral capaz de ajudar pessoas humanas na superação da algofobia e na construção de processos de aceitação da doença como oportunidade de aprendizado acerca da condição humana e da própria experiência religiosa. Antes, porém de analisarmos como a doença pode ser uma ‘chance’ de crescimento humano e de nos debruçarmos sobre o tema da resiliência, iniciaremos nosso estudo, revisitando, brevemente, a leitura teológica que a tradição bíblica judaico-cristã fez da doença e do sofrimento que dela decorre, tentando perceber como tal tradição pode auxiliar-nos na assunção de uma interpretação ‘sapiencial’ do drama da doença e do sofrimento humano.

## BREVE LEITURA TEOLÓGICA DA DOENÇA NA TRADIÇÃO BÍBLICA

É importante iniciar destacando que a tradição bíblica judaico-cristã não parece se interessar pela doença como tal. Ela a aborda enquanto apresenta-se como um questionamento que pode ser assim formulado: como se explica a doença dentro da história da salvação? Quem é o responsável por ela? Mais tarde, tal questionamento humano cederá espaço a um outro que pode ser assim formulado: como vivê-la à luz da fé?

Antes de analisarmos este percurso, cabe ressaltar que não é fácil enuclear o amplo espectro das respostas bíblicas. Um dos motivos de tal dificuldade encontra-se no fato de que a visão cosmológica e antropológica a partir da qual se movimenta a Escritura é bem diversa e, em muitos aspectos, já superada hoje. Outra questão que se põe diz respeito ao fato de que na tradição bíblica judaico-cristã, encontramos uma pluralidade de esquemas para responder de modo teórico e prático ao desafio da doença e do sofrimento. Isso, contudo, não nos impede de captar e discernir a mensagem que a experiência judaico-cristã intencionou deixar em relação à doença e ao sofrimento.

Provavelmente o mais antigo é o esquema puro/impuro, amplamente documentado, por exemplo, no livro do Levítico (Lv 13,1-14,57). Na base deste esquema, está a ideia de que quem perde a saúde é portador de uma impureza fruto de sua infidelidade a YHWH. Tal esquema é o resultado das concepções religiosas de Israel que faziam com que as curas fossem procuradas por meio de orações, jejuns e sacrifícios (2Rs 20,1-11; 2Sm 12,15b-19); pela proibição de tocar cadáveres (Lv 11,31); e pela aversão ao sangue (Lv 15,19-30). Isto fez com que a medicina se preocupasse quase que exclusivamente com males externos (doenças da pele, feridas e fraturas). Para tais males externos o tratamento consistia em curativos, ataduras e unguentos (Is 1,6b; Ez 30,21). Trata-se de um esquema que entende a doença como impureza.

Tanto no Pentateuco quanto nos livros históricos de Israel encontramos inúmeras referências, por exemplo, à lepra (Ex 4,6; Nm 12,10-15; 2Sm 3,29; 2Rs 5,1.17; 7,3; 15,5). A partir do vocábulo hebraico que a designa (*sara'at*), podemos concluir que a semântica deste conceito abarca uma variedade de doenças da pele, pois, o código de higiene do primitivo Israel considerava tais males cutâneos extremamente contagiosos, chegando a exigir o isolamento da pessoa do espaço público. No Levítico, tal falta de integridade fisiológica é entendida como incapacidade para adoração a YHWH, pois sua habitação está fora do acampamento (Lv 13,46).

A natureza popular das enfermidades impede a especificação de todas as doenças. Além disso, nem todas as doenças tornavam uma pessoa impura, apenas aquelas consideradas infecciosas (Lv 7,22.27.35; 3,20.25.30; 10,15.42). As vestimentas também eram objetos de extremo cuidado, por esta razão, o sacerdote (e não um médico), como juiz e intérprete da lei realizava uma inspeção rigorosa inicial, que poderia ocasionar o isolamento da própria veste (Lv 13,47-50). Em caso de alastramento, a vestimenta deveria ser queimada ou ao menos posta em quarentena (Lv 13,51-54).

Ao comentar o ritual de purificação, Faley (2007, p. 177) afirma:

*Era formado por duas cerimônias: um rito arcaico simbolizando a liberação do mau espírito (vv. 2-9), seguido pelos rituais de sacrifícios. Esta cerimônia atípica em 14,2-9 reflete uma ideia primitiva que ligava a doença física com um demônio maligno alado, o qual tinha de ser exorcizado, para a saúde ser restaurada.*

A sentença “eu ferir de lepra uma casa” (Lv 14,33) parece refletir que a condição de impureza atinge também o ‘espaço doentio’ no qual vive uma pessoa (MICKLEM, 1953, p. 72). A condição de impureza aqui é aplicada à existência de fungos ativos. O sacerdote deve ser chamado para realizar um julgamento acerca da necessidade ou não de uma quarentena para a habitação (Lv 14,33-36). Adentrar na casa durante o período de quarentena, realizar refeições e utilizá-la como dormitório poderia ocasionar a impureza tanto da pessoa quanto de suas vestes (Lv 14,46-47).

Faley (2007, p. 179) afirma que:

*A casa poderia ser reformada, mas tinha de ser demolida completamente se a enfermidade reaparecesse (um procedimento paralelo ao tratamento das vestes, 13,55-57). Se a condição corrosiva não reaparecesse a casa era considerada pura (vv. 42-48).*

No enfrentamento da doença e do sofrimento, o Primeiro Testamento adota, também, a linguagem do ‘débito’ ou pecado. Nesse esquema, a doença está ligada a uma transgressão do pacto de fidelidade com YHWH. Ela é interpretada como uma consequência de um caminho feito fora da aliança (Dt 28,22).

Todo aquele que é atingido em seu corpo ou perde seus bens materiais é convidado a uma conversão do coração, a uma mudança em sua conduta. Assim, a doença é considerada em relação a uma culpa pessoal. Tal esquema, que entende a doença como fruto de um pecado moral e que perdura até os nossos dias, sustenta que a doença seja uma punição de YHWH à conduta pecaminosa da pessoa humana. Trata-se de uma leitura da doença e do sofrimento em chave de responsabilidade moral.

Tal esquema é possível de ser identificado nas partes em que o livro de Jó apresenta o ‘diálogo’ entre Jó e seus três amigos: Elifaz de Temã, Baldad de Suás e Sofar de Naamat (Jó 12-20). Por exemplo, em seu segundo discurso no livro, agora contra Jó, tomado pela indignação da recusa de admissão de pecado, Elifaz afirma: “a vida do ímpio é tormento contínuo, e poucos são os anos reservados ao tirano [...] o dia tenebroso o aterroriza, a tribulação e a angústia o acometem” (Jó 15,20.23-24). Em tais veementes palavras, podemos identificar o esquema que vincula a doença e o sofrimento a causas morais.

Comentando a atitude de Elifaz, Mackenzie e Murphy (2007, p. 940) afirmam:

*Agora ele (Elifaz) o ouviu (a Jó), em três discursos sucessivos, negar sua culpa, rejeitar o sacrossanto princípio de que o sofrimento é sempre, e somente, a punição para o erro e desafiar Deus a lhe dar alguma outra explicação para sua aflição. Elifaz se sente ofendido não somente por Jó francamente rejeitar a tradicional doutrina dos sábios; ele está profundamente chocado com tal questionamento da lei fundamental, pelo qual ele sente sua própria segurança religiosa ameaçada. Sua fé em Deus está limitada por sua estreita doutrina de retribui-*

*ção, a qual ele deve defender a qualquer custo. Por essa razão dá-se o vigor e o tom irritado de seu ataque. Em vez do tema do incentivo – recompensa do reto – reforçado em seu primeiro discurso, ele desenvolve agora um tema negativo e ameaçador – a punição do ímpio.*

A literatura sapiencial bíblico-judaica, em muitos momentos, se apresentou como tentativa de superação destes esquemas. Por essa razão, vemos o tema da conservação da saúde e uma série de conselhos para a promoção da mesma (Eclo 30,14-31,2). Os sábios advertem contra todo excesso (Eclo 31,19-24; 37,29-31) e contra a tristeza, a inveja, a cólera, a insônia e as preocupações do dia-a-dia (Eclo 30,22-31,2). Há, até mesmo, um elogio ao médico e aos remédios (Eclo 38,1-8). Significativo é o conselho do autor do livro do Eclesiástico: “filho, não te revoltes na tua doença, mas reza ao Senhor e ele te curará” (Eclo 38,9).

Outro exemplo de tentativa de superação da doutrina da retribuição, por parte da literatura sapiencial, encontramos no longo discurso em que Eliú de Buz censura seja Jó, como seus três amigos (Jó 32-37). Suas palavras trazem um novo elemento para a discussão: YHWH não se opõe ao sofrimento do justo. Também o justo pode sofrer. E quando isto acontece, ele tem a oportunidade de ser educado e crescer na sua consciência da grandeza amorosa de Deus: “se pecas, que mal lhe fazes? Se acumulas delitos, que dano lhe causas? Se és justo, que lhe dás, o que recebe ele de tua mão? A tua maldade só concerne aos que são como tu; tua justiça, só concerne aos mortais” (Jó 35,6-8).

No tempo de Jesus, os dois esquemas coexistiam ainda com força, embora a tentativa de superação sapiencial fosse já conhecida. Por essa razão, ao afirmar que tinha poder para perdoar pecados, Jesus recebeu a acusação de ‘blasfemo’ (Mc 2,10-11). Isto suscitou estupor (Mc 2,12), mas também incompreensão (Mc 2,7). Assim agindo, Jesus atesta que a misericórdia e o perdão de Deus estão intimamente relacionados com seus gestos, palavras e ações.

Como no Primeiro Testamento, no tempo de Jesus, permanecem não existindo os conhecimentos científicos sobre as doenças e os micro-organismos que podiam ser causas delas. Não existia, também, uma adequada compreensão dos males psicológicos. Não eram conhecidas, em Israel, operações cirúrgicas significativas, excetuando a circuncisão, que, porém, tinha um caráter mais sociorreligioso do que terapêutico.

As regras de higiene também eram rudimentares e, até mesmo, carentes; assim como as terapias e as medicinas, que na maior parte dos casos se reduziam a dietas (Lc 8,55), uso de vinho e óleo para desinfetar (Lc 10,34), ‘colírios’ para a unção dos olhos (Ap 3,18), banhos termais (Jo 5,4). No Novo Testamento, são descritas enfermidades físicas como a surdez e a mudez (Mc 7,31-37), a epilepsia (Lc 9,38; Mt 17,14), a hidropisia (Lc 14,2), as hemorragias (Mt 9,20-22), dentre outras.

A atividade taumatúrgica de Jesus cobre o inteiro arco da sua vida pública (Mt 4,23-24; 9,35; 14,34-36; 15,30-31). Por isso, são inúmeras as curas realizadas por

ele. Cura da febre a sogra de Pedro com um gesto de grande afeto (Mt 8,15). Cura o paralítico ao qual perdoa, também, os pecados (Mt 9,1-8). Restaura a saúde da mulher, que há doze anos sofria perda de sangue (Mt 9,20-22). Restitui a visão aos cegos (Mt 9,27-31; 20,29-34; Mc 8,22-26). Restaura a audição e a fala ao surdo-mudo (Mc 7,31-37). Um homem com a ‘mão seca’ recobra a capacidade de articulação (Mt 12,9-14). Cura um epilético (Mt 17,14-21), um hidrópico (Lc 14,1-6) e uma mulher curva, enferma há dezoito anos (Lc 13,10-17).

Também, extraordinário é o caso do único cego de nascença relatado nos evangelhos. Sua cura escandaliza os líderes religiosos e seus próprios pais – que não tomam partido a favor do próprio filho (Jo 9). Mas principalmente, é oportunidade para que Jesus afirme energicamente que não há vínculo necessário entre pecado pessoal e doença (FABRIS; MAGGIONI, 1992, p. 380-382). Ao comentar este episódio Léon-Dufour (1996, p. 231) afirma:

O “homem” do relato é cego de nascença, e sua cegueira não provém do pecado. Ele não pode, então, ser figura da condição pecadora da humanidade; seu estado simboliza outra escuridão, nativa, aquela em que todo homem se encontra.

Em outro episódio narrado pelos evangelhos, é o próprio Jesus que procura um doente crônico, abandonado por todos há mais de trinta e oito anos. Encontrando-se em Jerusalém, entrou na piscina de Betesda, com cinco pórticos, sobre os quais se encontravam ‘numerosos doentes, cegos, coxos e paralíticos’ (Jo 5,3-9). Provavelmente, esta piscina era (ou tinha sido) uma espécie de santuário pagão (KONINGS, 2005, p. 136-137). Com a sua água abundante e fresca tinha um poder regenerativo para a saúde. Jesus toma a iniciativa (Jo 5,6), o paralítico é acolhido na extrema marginalidade da sua doença e solidão que agora são vencidas.

Curou, também, os dois endemoninhados de Gerasa (Mt 8,28-34; Mc 5,1-20; Lc 8,26-39), o possesso de Cafarnaum (Mc 1,21-28; Lc 4,31-37), o endemoninhado mudo (Mt 12,22-24), um outro cego e mudo (Mt 12,22-24). No tempo de Jesus, alterações motoras, problemas psíquicos e doenças, como a epilepsia, eram considerados consequências de possessões diabólicas. Em tais episódios demonstra-se a superioridade do enviado de Deus, sobre Satanás.

Esta coleção de textos cristãos nos faz ver que Jesus é apresentado como alguém que se diferencia tanto do esquema puro/impuro (Mc 7,1-16), quanto do esquema que buscava uma culpa pessoal na origem das manifestações patológicas (Jo 9,1-3). A atitude de Jesus diante da doença e do sofrimento não é aquela de oferecer uma explicação da mesma, mas sim, de colocá-la em relação com o mal, que é o contrário à vontade de salvação que Deus tem a propor às pessoas humanas.

Colombo (1992, p. 1205) assim se expressa:

*Enquanto, de um lado, Jesus exclui explicitamente a relação casual pecado-doença [...], do outro, mostra-se interessado pelo fim, isto é, pelo significado que a doença assume no plano de Deus, pelo modo de utilizá-la [...]. O homem doente*

*que proclama, com um grito de súplica, a sua impotência de se salvar sozinho, se transforma no lugar em que se manifestam as obras de Deus, o Cristo.*

A boa-nova que Jesus anuncia através de sua mão taumatúrgica é uma força que restaura as potencialidades físicas e que se manifesta como uma resposta ao sofrimento em todas as suas dimensões, não se restringindo ao aspecto psicossomático. A ‘saúde’ que Jesus oferta é concomitantemente retirada da culpa, reintegração da marginalidade, restituição do equilíbrio psicossomático, vitória sobre a morte.

Neste sentido, afirma Russo (2005, p. 240):

*Será Jesus quem nos dará uma resposta definitiva sobre o sentido da enfermidade, da dor e da morte no desígnio da salvação, a partir de sua paixão, morte na cruz e ressurreição, assumindo em plenitude o sofrimento. Do ponto de vista da cruz, a dor humana tem um valor positivo na obra da redenção. A enfermidade é lugar de realização de Deus, momento de manifestação do amor e da acolhida de Deus.*

A partir desse breve percurso bíblico, é possível depreender que se quisermos, em perspectiva teológica, favorecer um caminho pedagógico pastoral não devemos fornecer respostas rígidas provenientes de um sistema doutrinal religioso fundamentado a partir da teodiceia clássica; mas sim, promover um itinerário que, partindo das reações quase que instintivas de impotência, procrastinação, marginalização, culpabilidade, conduza-nos à correção de imagens ingênuas, ilusórias, ‘demoníacas’ de Deus porque, no fundo, destroem a vida espiritual de uma pessoa. Segundo Szentmártoni (2006, p. 135-138), quatro são os tipos principais de falsas imagens de Deus que se apresentam hoje: o Deus que julga e pune, o Deus da morte, o Deus contador e legalista e o Deus da eficiência, que exige eficiência.

Inspirados pela teologia sapiencial e pela hermenêutica cristã neotestamentária, talvez, seja-nos necessária a substituição da interrogação do ‘por quê’ da doença e do sofrimento, pelo questionamento sobre o ‘para que’ da doença. Em outras palavras, em que medida enfermidade e sofrimento podem se apresentar como situação de aprendizado humano acerca da imagem de si e do próprio Deus, bem como de enfrentamento da algofobia atual? As linhas pastorais que aqui queremos propor visam transformar as imagens negativas de Deus em imagens positivas. As imagens que se apresentam na revelação bíblica: Criador, Bom Pastor, misericordioso e compassivo (SZENTMÁRTONI, 2006, p. 138-139).

## DA DOENÇA À RESILIÊNCIA: POR UMA PEDAGOGIA PASTORAL

Tragédias, perdas, crises e doenças fazem parte da vida humana. As situações de doença e sofrimento podem, portanto, se constituir como etapas de crescimento para a pessoa humana. A atenção a tais situações pode fornecer-nos, do ponto

de vista pastoral, um acesso a capitais problemas humanos e a possibilidade de elaboração, em modo construtivo e saudável, de um processo de crescimento emotivo e espiritual a partir dos desafios que a doença nos propõe.

Sabemos que não estamos imunes ao risco de encontrar as dores físicas e psíquicas. Mesmo em situações altamente gratificantes como, por exemplo, na realização de uma atividade esportiva ou de caráter lúdico, há um percentual de probabilidade que nos deparemos com a experiência do sofrer temporâneo e, até mesmo, permanente.

Particularmente quando um mal físico ou psíquico nos atinge, a atitude de negação da doença que é característico da nossa ‘cultura medicalizada’, pode se estender e ganhar proporções inimagináveis. Isto porque, vigora, em nossos dias, uma concepção da doença que a compreende como uma ‘coisa’ que agride o organismo a partir do externo. Tal concepção faz com que a doença seja vista como privada de significado pessoal, embora, do ponto de vista clínico, tenhamos acesso a diversas informações sobre ela (inclusive sem a necessidade de consulta direta com um médico ou psicólogo, através das tantas informações presentes na rede mundial de computadores).

Neste contexto, a doença apresenta-se como algo de natureza funcional (mal funcional) que desencadeia uma abordagem de tipo pragmático, onde é necessário lutar com todos os nossos recursos (inclusive econômicos) contra ela.

Sem negarmos a validade desse comportamento, o que queremos aqui destacar é que ele gera a dificuldade de uma abordagem ‘sapiencial’, tal como vimos na perspectiva bíblica judaico-cristã. Doença e sofrimento estão vinculados a um natural percurso acidentado da saúde, no sentido de que a vida humana está sempre exposta a ameaças, crises, recuperações, desequilíbrios, perdas e adaptações. Neste sentido, a doença torna-se uma parte essencial da biografia de cada pessoa humana.

O que queremos colocar em luz é que as experiências de ameaça à saúde, de acidentalidade, provocam uma ‘crise’ biográfica e podem ser percebidas como uma ocasião para tornarmo-nos nós mesmos. Temos consciência de que a tarefa de pensar a experiência da doença e do sofrimento, dentro desta abordagem ‘sapiencial’ não seja uma tarefa fácil. Vivemos imersos em esforços terapêuticos, administrados pela medicina e pela psicologia, mirados a remover o sofrimento porque entendido, por vários nossos contemporâneos, como um absurdo insensato e estranho.

Até mesmo a linguagem que usamos para designar as situações de enfermidade ilustra este processo de distanciamento. Tal linguagem sublinha a estranheza da doença, onde ela é entendida como uma realidade que se introduz no edifício psicossomático humano. Nesse sentido, a pessoa doente torna-se *patients*, isto é, paciente, pois a doença é vista como uma realidade que do externo atinge-nos.

O objetivo pedagógico pastoral que devemos buscar nessas situações de sofrimento é aquele de favorecer uma gradual reapropriação da doença como parte integral da condição humana. Isto acontece quando a doença deixa de ser algo que

‘temos’ e torna-se algo que ‘somos’. Somente a partir daí é possível fazer com que aconteça um envolvimento pessoal e uma ativa participação à doença. Existencialmente reconhecemo-nos nela, pois nela realiza-se uma das modalidades do nosso ser no mundo. Assim, a doença, a partir desta hermenêutica existencial, torna-se uma questão espiritual de primeira grandeza, sendo capaz, inclusive, de iluminar a questão do sentido da vida.

Pastoralmente é preciso favorecer a busca de uma resposta consciente e pessoal, mas que não seja confundida nem com o providencialismo (Deus me deu este mal para o meu bem) e nem com o dolorismo (a dor como ‘privilégio’, como sinal de excelência espiritual). É aqui que o diálogo entre Teologia Pastoral e Psicologia pode apresentar-se como bastante fecundo nesse campo.

Nos últimos anos, no Brasil, a Psicologia Positiva vem expandindo-se. Na base da sua proposta encontra-se o objetivo de estudar os fundamentos psicológicos do bem-estar, da felicidade e da qualidade de vida. Seus estudos estão, principalmente, centrados nos pontos fortes e nas virtudes humanas, podendo nos ajudar a formular uma nova proposta de enfrentamento do binômio saúde/doença.

Neste sentido, em interface com a Psicologia da Saúde, a Psicologia Positiva vem se destacando nos estudos dos “aspectos positivos do desenvolvimento humano bem como para a necessidade de maior ênfase na promoção e prevenção em saúde, além de questões relacionadas ao tratamento de enfermidades para a melhoria da qualidade de vida” (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007, p. 709).

Ulteriormente indicamos como os estudos médicos e psicológicos, durante um longo tempo, trataram da busca pela cura. Menor atenção se deu às capacidades humanas e a dimensão positiva que a vida tem. Falando dos estudos psicológicos, Snyder e Lopez (2009, p. 17) afirmam:

A psicologia e a psiquiatria do século XX se concentraram nos defeitos das pessoas. A psicologia aplicada do passado estava mais relacionada à doença mental, e à compreensão e ao auxílio destas pessoas que estavam vivenciando tais tragédias. Por isso, pensar uma abordagem teológico-pastoral que focalize nas potencialidades e qualidades humanas exige uma reflexão interdisciplinar que entenda a ‘vida saudável’ em relação com os sistemas de adaptação adotados pela pessoa humana ao longo do seu desenvolvimento histórico.

Uma das formas de adaptação humana é ser resiliente, isto é, encontrar em si mesmo a capacidade de enfrentar situações de enorme dificuldade, conseguindo manter, ao mesmo tempo, a sua qualidade de vida.

Segundo Raymundo e Leão (2014, p. 77-78):

*A literatura científica indica que o conceito resiliência advém das áreas de Física e Engenharia, a partir dos estudos do cientista inglês Thomas Young, um dos pioneiros em seu uso, quando em 1807 introduziu pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade, considerando tensão e compressão. Em seus experimentos, buscava a relação entre as forças aplicadas nos materiais e os efeitos neles*

*produzidos, sendo o primeiro a elaborar um método para o cálculo dessas forças a partir do estresse causado pelos impactos.*

A resiliência, portanto, está ligada a atributos relativos à flexibilidade e resistência, refere-se, portanto, à qualidade de resistência e perseverança do ser humano frente às dificuldades da vida, dentre elas, a doença. Apresenta-se, assim, como um novo modelo de se compreender e desenvolver-se humanamente. Agora, não mais pela dimensão da doença, mas pela busca por saúde, não obstante a doença.

Segundo Grotberg (2005, p. 24-25), a resiliência se ‘tece’ na inter-relação entre esses fatores e ao longo da vida de uma pessoa. Nesse sentido, ninguém ‘é’ resiliente, mas está em processo de construção da sua resiliência. Isto quer dizer que a situação de enfermidade, lida isoladamente, não é capaz de suscitar a resiliência. A resiliência, portanto, não é um traço de caráter. Uma pessoa não nasce mais ou menos resiliente do que a outra.

Dentro deste cenário, é possível e necessária intervenção pedagógico-pastoral. Distintas podem ser as formas de reação diante da situação da doença, podendo uma pessoa, em algumas situações ser resiliente, já em outras, não. Portanto, a resiliência deve ser o resultado de um processo pedagógico.

A fé pode conduzi-la a um caminho de adaptação saudável, pode ter um papel capital. Barbosa (2010) defende que a resiliência está vinculada a um conjunto de crenças que interagem com as adversidades da vida e que conduzem a pessoa a utilizar habilidades específicas do seu credo na resolução de seus problemas.

Portanto, a partir da visão da fé cristã é possível estabelecer um caminho que desperte e desenvolva a resiliência. Objetivo de tal intervenção pedagógica pastoral será traçar caminhos de descoberta da finalidade da doença no processo de crescimento espiritual comunitário pelo qual uma pessoa passa. A doença, quase sempre, emerge na vida interior de uma pessoa sob a figura primária da separação da comunidade. Quem sofre, ferido fisicamente, em seus afetos ou no significado da própria vida, tende a distanciar-se do contato vital com a comunidade. Neste sentido, a doença é percebida como obra ‘diabólica’, no sentido literal de ‘diá-bolos’ (aquele ou aquilo que separa).

A partir de sua enfermidade, a pessoa será ajudada a ‘ser resiliente’ na medida em que é capaz de deixar para trás o ‘diabólico’ e assumir como seu o ‘simbólico’. Tal processo de resiliência ‘simbólica’ traz consigo a atitude de desejo de encontro e não de isolamento. A doença, assim, pode tornar-se oportunidade para encontros fraternos que possibilitam à pessoa enferma o não se sentir só, mas acompanhada física e espiritualmente por um círculo de solidariedade que se exprime na ‘compaixão’.

Até mesmo na impotência de remoção das causas da doença, o enfermo, mediante a resiliência, pode descobrir-se como parte de uma comunidade, pode fazer da própria experiência dolorosa uma espécie de porta de acesso a uma experiência de pertença a Deus que ajuda na cura da ferida mais profunda que é a solidão.

Educado à resiliência, o enfermo experimenta de um modo novo e todo peculiar a si mesmo, aos irmãos e irmãs e ao próprio Deus, aprendendo a pacientar. De fato, a doença exige aceitação dos próprios limites. A ser resiliente, aqui, apresenta-se como um exercício de humildade, de acolher a vida como processo objetivo e não somente como projeção da sua subjetividade.

Ser resiliente é ser capaz de superar o desejo de plena saúde, de relações ‘perfeitas’, de autoafirmação, de sucesso. É ser capaz de confrontar-se com o real, com sua condição encarnada, com aquela modalidade de existência que depende não daquilo que fazemos, mas daquilo que sofremos. Ser resiliente é aceitar-se como *homo patiens* (FRANKL, 1955). Tal resiliência ‘pática’ apresenta-se como caminho necessário para se chegar aonde ações e potencialidades humanas não são capazes de chegar. A resiliência ajuda a pessoa a não encarar sua doença em chave de ‘passividade estéril’, mas como ‘passividade de crescimento’, pois a paciência apresenta-se como resposta comportamental, como o outro braço com o qual atrai-nos a Ele e aos irmãos e irmãs.

Por fim, é preciso observar que a resiliência não é resignação. Ela não é uma forma de aceitação de realidades que contrastam com os desejos e/ou projetos pessoais. A resiliência é uma virtude ativa que requer da pessoa enferma ‘constância’. Alimentada pela fé cristã, o resiliente toma como modelo mais excelso o próprio Jesus que permanece fiel ao Pai Deus e ao amor fraternal e sororal mesmo na situação extrema de uma vida ameaçada pela violência.

A resiliência, assim, adquire uma conotação pascal. A resiliência ‘constante’ faz com que o enfermo suporte suas mazelas graças à confiança escatológica com a qual aguarda o socorro de Deus. A resiliência ‘constante’ faz com que ele não se entregue diante das forças que o agridem. Ele pode e deve resistir ao mal.

A resiliência faz com que o enfermo lute na esperança, isto é, na situação espiritual de que, pela fé, se rende somente a Deus e aceita que seja Ele a pronunciar a última palavra sobre sua história. Para o enfermo cristão, a resiliência é forma típica da esperança certa que o move, tão bem expressa nas palavras de Paulo, em Rm 5,3-5:

*Nós nos gloriamos também nas tribulações, sabendo que a tribulação produz a perseverança, a perseverança a virtude comprovada, a virtude comprovada a esperança. E a esperança não decepciona, porque o amor de Deus foi derramado em nossos corações.*

A pedagogia da resiliência, neste último sentido, não é outra coisa do que a dimensão ético-escatológica da experiência cristã.

## CONCLUSÃO

Muitos em nossas sociedades, na tentativa de combater a algofobia, dão amplo espaço em suas vidas à vitalidade libídica, ao narcisismo e outras expressões da

constelação psicológica que nos faz crer que estamos imunes ao sofrimento. O sofrimento pode tocar a vida dos outros, não a minha!

Ao lado dessas expressões psicológicas, encontra-se o imaginário social atual amplamente baseado no 'mito da eterna juventude' e que traz consigo o ideário de uma condição de completo e perfeito bem-estar, quase sempre vinculada a produtos e procedimentos a serem comprados. Isto faz com que a imagem da pessoa humana apresentada pela sociedade industrial e pela mídia seja aquela de imunidade aos males corpóreos e demais aflições. A pessoa humana deve somente fruir dos bens de consumo abundantes e inexauríveis que a circundam.

A ação conjunta do mecanismo interior e do imaginário social, porém, não se constituiu como um escudo protetor contra o sofrimento. Com isso, a originária presunção de invulnerabilidade foi, em nossos dias, aos poucos se convertendo numa situação de fragilidade ainda maior na qual se encontram muitas pessoas. Muitos são os que, hoje, diante de eventos particulares e inevitáveis de sofrimento sentem muita dificuldade de encontrar a autêntica dimensão do que está acontecendo e mergulham numa espécie de cataclisma interior e profundo. Expressão trágica desta situação encontra-se no uso de estupefacientes, de bebidas alcólicas, dentre outros, que alteram momentaneamente o estado de consciência a fim de evitar o contato com o sofrimento porque a pessoa humana não está preparada para enfrentá-lo.

Outro pesado preço que se paga à algofobia é a redução da capacidade de amor. O tratamento repressivo contra o sofrimento rende-nos apáticos às dores do outro. A partir do momento em que a capacidade de sofrer e de amar estão unidas, quem não sabe enfrentar o sofrimento, acaba não conseguindo amar.

Este cenário faz com que a Religião tenha que se repensar, tenha que encontrar novos caminhos. Em especial, a tradição teológica cristã (que está na base deste artigo) precisa assumir tal desafio, uma vez que desenvolveu uma hermenêutica toda peculiar em relação ao sofrimento humano.

Sobre esta tela de fundo presente em nossas sociedades contemporâneas, consideramos importante pensar uma práxis pastoral que ajude a pessoa humana a encontrar um significado na doença e no sofrimento e que acompanhe pedagogicamente a pessoa humana a assumir a partir da experiência da doença um conjunto de atitudes que favoreçam o seu crescimento ético e espiritual. Nomeamos tal realidade pastoral, nesse nosso artigo, de resiliência.

Buscamos apresentá-la como atitude de aceitação e adaptação da condição de enfermidade, através de um processo educativo pastoral, em vista de um amadurecimento progressivo da pessoa humana. O enfermo que aceita sua situação de doença e não busca a todo custo negá-la ou mascará-la, pode avançar na descoberta de forças pessoais que não apareceriam em outros momentos do seu viver.

Tentamos assumir, neste artigo, uma ótica positiva em relação à experiência de enfermidade como uma das tantas situações de crise pelas quais a nossa vida humana pode encontrar. A crise afeta sempre nossa identidade, no sentido de que nos convida a renovar nossos equilíbrios diante das situações existenciais que se apresentam.

O conceito de doença foi, portanto, assumido em nossa reflexão como uma espécie de experiência iniciática. Nesse sentido, a resiliência foi proposta como experiência de crise, pois faz com que os equilíbrios precedentes da própria vida sejam mexidos e completamente reordenados em torno ao novo centro que é a superação e/ou adaptação.

Falando da vida humana e do seu contínuo estar em crise, Eliade (2002, p. 192-193) assim se expressa:

*Cada vida humana autêntica implica crise em profundidade, provas, angústias, perda e reconquista do eu, “morte e ressurreição”; por outro lado, porque toda existência, porquanto plena, em um certo momento se revela uma existência fracassada [...] Nestes momentos de crise total, uma só esperança parece precursora de salvação: a de poder recomeçar a própria vida. Sonha-se uma nova existência, regenerada, plena e rica de significado.*

A resiliência pode conferir à doença um sentido positivo. Enquanto experiência de crise, a resiliência permite ao enfermo tomar consciência de sua caducidade e superar o sentimento de revolta contra si, contra os demais e contra Deus diante da doença e do sofrimento, assumindo os valores do seu credo cristão como chave de leitura ‘sapiencial’ para sua existência humana.

#### A PASTORAL PEDAGOGICAL WAY TO BUILD RESILIENCE FROM RELIGIOUS EXPERIENCE

**Abstract:** *this article aims to present some perspectives that allow us to think of resilience as a tool for Christian pastoral in facing the algophobia that marks our current societies. After a brief analysis of the Judeo-Christian biblical tradition and starting from the wisdom view present in it, the article seeks to propose a pastoral way of building resilience based on some principles that govern the Christian faith.*

**Keywords:** *Practical Theology. Religion. Health. Infirmary. Resilience.*

#### REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. S. Os pressupostos nos estilos comportamentais de se expressar resiliência. In: KREINZ, G.; PAVAN, O. H.; GONÇALVES, R. M. (orgs.). *Divulgação científica: enfrentamentos e indagações*. São Paulo: NJR/USP, 2010. p. 43-68.

BÍBLIA DE JERUSALÉM. São Paulo: Paulus, 2002.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*,

- v. 27, n. 4, p. 706-717, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 out. 2019.
- COLOMBO, G. União dos enfermos. In: SARTORE, D.; TRIACCA, A. (orgs.). *Dicionário de Liturgia*. São Paulo: Paulinas/Paulistas, 1992. p. 1203-1213.
- ELIADE, M. *La nascita mistica: riti e simboli d'iniziazione*. Brescia: Morcelliana, 2002.
- FABRIS, R.; MAGGIONI, B. *Os Evangelhos (II)*. São Paulo: Loyola, 1992.
- FALEY, R. J. Levítico. In: BROWN, R. E.; FITZMYER, J. A.; MURPHY, R. E. (eds.) *Novo Comentário Bíblico São Jerônimo: Antigo Testamento*. São Paulo: Academia Cristã; Paulus, 2007. p. 161-196.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 out. 2019.
- FRANKL, V. E. *Homo Patiens: intento de una Patodicea*. Buenos Aires: Platin, 1955.
- GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 19-30.
- KONINGS, J. *Evangelho segundo João: amor e fidelidade*. São Paulo: Loyola, 2005.
- LÉON-DUFOUR, X. *Leitura do Evangelho Segundo João*. Capítulos 5-12. V. II. São Paulo: Loyola, 1996.
- MICKLEM, N. *The Book of Leviticus: the Interpreter's Bible*. v. 2. New York: Abingdon Press, 1953.
- MACKENZIE, R. A. F.; MURPHY, R. E. J6. In: BROWN, R. E.; FITZMYER, J. A.; MURPHY, R. E. (eds.) *Novo Comentário Bíblico São Jerônimo: Antigo Testamento*. São Paulo: Academia Cristã/Paulus, 2007. p. 921-965.
- RAYMUNDO, R. S.; LEÃO, M. A. B. G. Resiliência e Educação: Um Panorama dos Estudos Brasileiros. *Revista Ciências Humanas*, Taubaté, v. 7, n. 2, p. 76-98, 2014. Disponível em: [http://sobrare.com.br/Uploads/20150301\\_artigo-resilincia-rosana\\_e\\_marluce-2015.pdf](http://sobrare.com.br/Uploads/20150301_artigo-resilincia-rosana_e_marluce-2015.pdf). Acesso em: 24 out. 2019.
- RUSSO, R. União dos enfermos. In: CELAM (org.). *Manual de Liturgia III: A celebração do mistério pascal. Os sacramentos: sinais do mistério pascal*. São Paulo: Paulus, 2005. p. 239-264.
- SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- SZENTMÁRTONI, M. *Caminhar juntos: Psicologia Pastoral*. São Paulo: Loyola, 2006.