

A VONTADE DE SENTIDO: CRIANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE VIDA

THE WILL OF SENSE: CREATING NEW LIFE OF POSSIBILITIES

Flávia Hoelzel

-

Blanca de Souza Viera Morales

-

Resumo. O presente estudo buscou investigar a resiliência familiar no enfrentamento da Doença Renal Crônica a partir da história de vida de famílias que possuem transplantados renais, contemplando as interpretações e o redimensionamento que ambos dão à própria existência, antes e após o transplante. Foi utilizada a análise qualitativa (Análise de Conteúdo Bardin). Independentemente dos sofrimentos e limitações provocados pela doença, buscaram estratégias de enfrentamento destas. O transplante renal possibilitou-lhes se apoderarem do próprio destino apropriando-lhes dos aspectos essenciais da vida e do viver. Os conceitos de resiliência e vontade de sentido fundamentados na Logoterapia, teoria desenvolvida por Viktor E. Frankl, permitiram um maior entendimento da adaptação positiva do homem frente às adversidades, sob a ótica do padecimento humano frente à dinâmica da Doença Renal Crônica. As dimensões noética e religiosa foram exploradas. Evidencia-se a necessidade de um acompanhamento multiprofissional e motivação permanente para o doente e seus familiares, assegurando que conquistem um adequado estado de bem-estar e qualidade de vida, com reflexos positivos na expectativa de vida do doente.

Palavras-chave: transplante; logoterapia; resiliência; vontade de sentido.

Abstract. This study sought to investigate family resilience in coping with chronic kidney disease from the history of life of families who have kidney transplant, considering interpretations and resizing that both give their own existence before and after transplantation. The qualitative analysis (Bardin Content Analysis) was used. Independently of the sufferings and limitations caused by the disease, they seek strategies of coping. Kidney transplantation enables them to take hold of their own destiny appropriating them of the essential aspects of life and living. The concepts of resilience and will of sense based on Logotherapy, theory developed by Viktor E. Frankl, allowed a better understanding of the positive adaptation of man in the face of adversity, from the perspective of human suffering against the dynamics of chronic kidney disease. The noethic and religious dimensions were explored.

Highlights the need for a multidisciplinary monitoring and permanent motivation for patients and their families, ensuring that win an adequate state of well-being and quality of life, with positive effects on the patient's life expectancy.

Keywords: transplantation; logotherapy; resilience; will of sense.

INTRODUÇÃO

O ser humano se caracteriza por sua historicidade e vivências únicas que constituem a sua identidade. O que os diferencia enquanto seres no mundo e com o mundo é a compreensão e o significado que atribuímos a cada uma das vivências e a partir do movimento para a busca de um sentido.

Não obstante, a genética é um fator a ser considerado em vários aspectos, positivo e negativo na construção humana, já que acontecem a nossa revelia, muitas vezes mudando o rumo da trajetória de vida. Nesse contexto, o ser humano geralmente conta com uma família para concretização da sua jornada existencial.

No entendimento de Leoni (2005) citando Fonseca (2003), a família pode ser definida como um grupo de dinâmicas e especificidades próprias que só pode ser compreendido dentro de contextos maiores que incluem o seu próprio observador, sendo uma unidade de crescimento, de experiência, de sucesso, de fracasso, de saúde e de doença.

A família é o primeiro grupo no qual o indivíduo é inserido, cuja força social influencia a todos na determinação do comportamento humano e na formação da personalidade. Enquanto sistema é composta por elementos que possuem relações de interdependência entre si e que promovem o desenvolvimento uns dos outros, e tudo o que acontece com um dos seus elementos, irá afetar aos outros (Machado, 2012; Ramos, 2012).

Complementando, nos diz Leoni (2005, p. 05) que “é através das relações familiares que os fatos da vida adquirem significado e são absorvidos pela experiência individual”.

É neste universo que a vida das famílias

que possuem em seu seio um portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) ganha contornos próprios, comprometendo de forma significativa a vida do doente e as relações entre este e seus familiares, influenciando sobremaneira suas vidas como um todo.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) enquanto doença crônica é uma lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins, cuja causa pode se dar por diversos fatores e, até mesmo, por doenças pré-existentes, mas têm por principais causas a hipertensão arterial e a diabetes. É uma doença que se caracteriza pela paralização dos rins não permitindo a filtragem do sangue (Ramos, 2012; Ruback, Menezes, Araujo, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), 1 (um) em cada 10 (dez) adultos no Brasil é portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) e a maioria não sabe, pois, seu início é silencioso e pouco sintomático, tem tratamento e para sua prevenção se faz necessário o diagnóstico precoce. O estágio final da doença renal é chamado falência renal crônica - os rins não funcionam mais e os doentes necessitam de um programa de terapias renais substitutivas (hemodiálise - HD ou diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD) ou transplante de rim (Ramos, 2012; Ruback et al, 2014).

A hemodiálise (HD) convencional tem prescrição de três sessões semanais de quatro horas por sessão e é, atualmente, o principal esquema dialítico como terapia substitutiva da função renal (Peres, 2010). Apesar dos seus benefícios não recupera integralmente a saúde do doente e ocasiona desgastes físicos, estresse mental e emocional devido à dependência de um tratamento doloroso e de consequências

incertas, associando-se a muitas complicações agudas e crônicas e a altas taxas de hospitalização e mortalidade (Ruback et al, 2014).

Mais comum na população adulta, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) atinge também crianças e adolescentes. Segundo o Censo de 2013 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), 31,5% dos pacientes em terapias renais têm mais de 65 anos.

De 2000 a 2010, o Brasil apresentou um aumento de 38% na taxa de mortalidade por insuficiência renal crônica. A taxa de mortalidade anual de pacientes em diálise em 2013 é de 17,9%. Destes, 70% dos doentes que fazem diálise descobrem a doença tardiamente e a mortalidade para quem enfrenta o tratamento é 15%.

Estes dados mostram um aumento na incidência e prevalência das doenças renais crônicas em fase terminal, sendo por este motivo eleito o transplante renal a preferência na terapia renal substitutiva, mas as terapias dialíticas são as modalidades mais realizadas, visto a baixa oferta de doadores de órgãos (Peres, 2010). Alguns pacientes permanecem com os rins transplantados funcionando por vários anos (mais de 10 anos), mas, em alguns casos, o tempo de duração de funcionamento do órgão não é tão longo. Os resultados dos transplantes renais podem ser considerados como bons, com sobrevida em quatro anos do paciente (95% e 88%) e do enxerto (90% e 78%), respectivamente para doador vivo e falecido.

O caráter irreversível da doença renal crônica e sua alta taxa de mortalidade junto à população leva muitas vezes o doente e sua família a dar um novo sentido à existência humana, reavaliando seus significados e saberes, adequando suas vidas à nova realidade do

cotidiano e criando alternativas possíveis frente o particular entendimento da cronicidade e suas consequências.

Frankl (citado em Moreira & Holanda, 2010), diz que a possibilidade da morte traz um sofrimento ímpar, ainda mais quando esta não se enquadra no padrão e tempo considerados normais. No encontro com a possibilidade da morte, a vida ganha novos contornos abarcando sentimentos, emoções e consequentes reações que segundo Bowen (1978), são determinadas pela particularidade da integração emocional de cada família, podendo fazer eco no sistema mais amplo em que esta está inserida.

A complexidade do termo vida e a condução que muitos dão a ela em nossa atual sociedade, reflete a falta de valorização do ser humano. Viver possui uma melodia única, mas cada ser vivo irá ouvi-la em sua dimensão espiritual, de forma particular. A falta de um entendimento maior da morte e do morrer, não possibilita ao homem repensar a vida e o real sentido que dá a ela. Kübler-Ross (2012) defende a ideia de que se a morte faz parte da vida, devemos incluí-la nela.

Muitas pessoas vivem com medo de morrer, encurtando suas vidas. Outras se apropriam de suas experiências em contextos de extrema vulnerabilidade e conseguem focar-se nos aspectos realmente importantes de suas vidas.

Buscamos entendimento desta realidade na Logoterapia e Análise Existencial (Logos - Sentidos/significado), teoria formulada por Viktor Frankl, psiquiatra sobrevivente dos campos de concentração durante a II Guerra Mundial. Tem como característica principal o foco no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por este sentido

(Moreira & Holanda, 2010).

Frankl (1989a) baseou sua teoria em três concepções básicas: A liberdade da vontade; A vontade de sentido caracterizada como a motivação primária da pessoa humana e o sentido da vida, que constitui como visão de mundo (Amaro, 2013).

Esta teoria permite que possamos entender como o ser humano percebe e age diante da dor inevitável, resignificando sua vida. Muitas vezes a vida só adquire sentido para o homem quando o sofrimento lhe bate à porta e “consegue carregar sua cruz” (Moreira & Holanda, 2010, p. 347).

Experiências extremas levam as pessoas a focarem em coisas realmente importantes da vida, e ao compreender a possibilidade de encontrar sentido frente à dor inevitável, torna-se possível relacionar o estudo da resiliência com a logoterapia (Amaro, 2013).

Neste sentido, a vivência da doença renal crônica para o doente e seus familiares torna-se, como nos diz Kaplan (1999, citado em Amaro, 2013), uma experiência de adversidade, isto é, provoca tensão e estresse podendo desestabilizar emocionalmente o indivíduo. Frankl (1989c) defende a ideia de que todo homem, mesmo quando estiver condicionado por gravíssimas situações externas, pode de alguma maneira decidir o que será dele. Este pensamento relaciona-se ao comportamento resiliente, quando ao decidir enfrentar a circunstância, a pessoa opta por posicionar-se conscientemente, modificando a forma de enxergar a situação.

Diferenciando-se do conceito de Resiliência da física, de um retorno ao estado anterior, na psicologia a Resiliência pode ser entendida como a capacidade de passar por situações estressantes ou traumáticas, encarando-

as positivamente frente aos fatores de risco. (Amaro, 2013).

Segundo Peres, Mercante e Nasello (2005, citado por Angst, 2009), mais de 50% tanto de homens como de mulheres vivenciam pelo menos um evento traumático em suas vidas - em nosso estudo configurou-se o início do tratamento dialítico. Lembramos que a doença renal crônica não marca uma experiência de cura, de devolução do estado de saúde, mas uma passagem irreversível de um tratamento doloroso, contínuo e imprescindível. Há que se adaptar a um contexto sem escolha, ou dialisa, ou morre. Neste momento é que se registra a essência de um valor de atitude, residindo no modo como o homem se submete ao irremediável (Moreira & Holanda, 2010).

Esta realidade acompanha a todos os doentes até a eventual possibilidade de um transplante renal, não sem menos restrições impostas na subsequente rotina de vida.

Amaro (2013) diz que um dos aspectos da Resiliência é que ela não é uma característica de pessoas especiais e sim um comportamento que pode ser ensinado e aprendido.

A força interna desenvolvida por cada um dos membros de uma família frente à repercussão traumática do tratamento e os sentimentos de finitude, definições de felicidade e a contemplação de alguns sonhos, enquanto desafios da vontade de sentido em potencial à espera de seu cumprimento, são alguns conceitos trazidos pelos entrevistados e que serão discutidos no estudo a partir da compreensão das dimensões noética e religiosa, enquanto motivações humanas, convergindo para a realização de um sentido para vida.

Para Frankl (1989b) o sentido da vida difere de pessoa para pessoa, de momento a

momento. O que importa não é o sentido da vida de um modo geral, mas o sentido específico que cada pessoa dá a sua vida em dado momento. Peres et al. (2005) complementa dizendo que a personalidade e os fatores ambientais sugerem o tipo de resposta ao trauma. Assim, a forma como os eventos traumáticos serão registrados terão influência direta na capacidade da pessoa experimentar positiva ou negativamente determinados acontecimentos, buscando lições e aprendizagens que lhe confirmam uma busca de sentido para sua vida (Peres et al., 2005).

A partir do estágio obrigatório em terapia de casal e família para obtenção do grau de doutorado na área, buscou-se junto a uma clínica particular de hemodiálise conhecer as histórias de vida de doentes e seus familiares. A partir de entrevistas realizadas com os mesmos, foram eleitas falas relevantes, definidas em categorias, que nos possibilitassem ter uma percepção ampliada de como a Insuficiência Renal Crônica (IRC) influencia a vida do doente e de sua família. Daí, elegemos como objetivo geral conhecer a história de vida de famílias que possuem transplantados renais, contemplando as interpretações e o redimensionamento que ambos dão à própria existência, antes e após o transplante.

MÉTODO

TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Estudo qualitativo, de corte transversal, com 12 participantes, utilizando como procedimento de coleta de dados um questionário semiestruturado. Consideraram-se experiências familiares antes e após um transplante renal. A intervenção foi realizada

por uma doutoranda do curso de Terapia Familiar no período de outubro e novembro de 2015, junto a transplantados renais e familiares indicados por uma clínica de hemodiálise em um município do Rio grande do Sul.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Participarão do estudo transplantados renais cuja cirurgia foi realizada num período superior a 3 (três) anos, maiores de 18 anos e membros da sua família nuclear, ambos sem critério de gênero; terem disponibilidade para participar da pesquisa; aceitarem participar da pesquisa conforme critérios atendidos e aceitação do Termo de Consentimento. Neste estudo, para identificar familiares utilizamos a letra F, em maiúsculo, em ordem numérica de 1 a 6; as letras “m” e “f” em minúsculo para identificar o sexo dos familiares (masculino e feminino respectivamente). Preservando o anonimato dos entrevistados, identificamos os transplantados renais por nomes santos do cristianismo, cuja simbologia remete a alguma característica de suas histórias.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Todos que não correspondem às exigências assinaladas nos critérios de inclusão.

PARTICIPANTES

Seis (6) transplantados renais maiores de dezoito anos, que tenham realizado transplante há no mínimo três (3) anos e familiares destes.

INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu em uma entrevista semiestruturada. Para identificação dos entrevistados, utilizou-se de um formulário de identificação. A entrevista semiestruturada consta de um roteiro temático, com perguntas abertas. As questões foram elaboradas a partir dos estudos retirados de bibliografia atual.

As questões exploradas permitiram identificar aqueles conteúdos mais relevantes das narrativas dos entrevistados e evidências da subjetividade com que cada um dos entrevistados lida com suas crenças e sentimentos, envolvendo as questões pertinentes à realidade do transplante renal. O instrumento consiste em cinco Anexos. As informações colhidas através das entrevistas semiestruturadas foram transcritas integralmente para análise dos dados.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

As entrevistas iniciaram após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CAIFCOM – Centro de Ensino e Pesquisa atendimento do Indivíduo Família e Comunidade. Atendendo as normas em pesquisas com seres humanos foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido conforme a resolução CNS 196/96 como forma de convite aos participantes. Aos sujeitos da pesquisa foi fornecida uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), contendo informações sobre os objetivos da pesquisa e o compromisso com o sigilo a respeito da identidade dos participantes. Esse documento uma vez assinado será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos e,

após este período, serão incinerados, de acordo com o item IX. 2-e da Resolução CNS 196/96.

PROCEDIMENTOS

A identificação dos transplantados foi obtida junto a uma clínica de hemodiálise de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Após seleção do pesquisador houve dois momentos bem distintos na intervenção. No primeiro momento, foram realizados contatos com os transplantados renais, seguidos da explicação, propósito e convite para participar da pesquisa, bem como imediato agendamento das entrevistas. Foi solicitado que o transplantado estendesse o convite da participação na entrevista a seus familiares. Foi esclarecido nesse convite, que a contribuição para a pesquisa é livre e voluntária.

No segundo momento foram prestadas informações acerca do termo de consentimento livre e esclarecido e sua assinatura, seguido das entrevistas propriamente ditas. Para aplicar o método da Análise de Conteúdo, buscou-se realizar as transcrições na íntegra. Algumas das entrevistas utilizaram mais de duas horas, exigindo dois encontros. Uma das entrevistas foi realizada via internet.

Nos encontros foi previsto um direcionamento quanto ao conteúdo do material necessário à pesquisa, como por exemplo, ciclo de vida da família, sentimentos em relação à doença e posteriormente ao transplante, às crenças e vivências familiares e individuais que interferem no cotidiano familiar. Foi estimulada a livre expressão dos participantes, independente da existência de um roteiro, pois se apresentam apenas como questões norteadoras utilizadas pela pesquisadora para entrevista.

Algumas das entrevistas não foram

gravadas, uma vez que transplantados e familiares se mostraram desde o início desta muito fragilizados e a entrevistadora pensou primeiramente em acolhê-los, permitindo que falassem aberta e livremente, respeitando-os em sua vulnerabilidade. Nestas entrevistas, a pesquisadora adotou a estratégia de anotar frases e posicionamentos relevantes para seu estudo. Não houve entrevista com familiares de um dos transplantados renais, justificada por questões pessoais.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004). Conforme Bardin (2004), a organização da análise, se constitui nas diferentes fases 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira fase consiste na operacionalização do trabalho e organização do material. A segunda de exploração do material, que consiste na construção da codificação, considerando-se os registros, onde se realiza a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A última etapa é a análise comparativa das diversas categorias ressaltando aspectos semelhantes e diferentes em diálogo com a fundamentação teórica.

DISCURSO DOS ENTREVISTADOS

A partir da leitura das entrevistas foi realizado um agrupamento dos dados em categorias que contemplam as interpretações e o redimensionamento que os transplantados renais e seus familiares dão à própria existência, antes e após o transplante. São estas:

CONSTATAÇÃO DA FINITUDE

Destacamos o medo da morte acompanhado de desespero e pensamentos suicidas no início da terapia dialítica. Doentes e familiares lembram que somente a partir do início do tratamento dialítico é que puderam ter a real noção da repercussão deste em suas vidas e o entendimento do sentimento de finitude:

- “Desesperei. Só queria morrer. Pensei até em me matar”. (Lázaro).

- “Via o sofrimento do meu filho e me sentia impotente”. (F4/m).

- “Não dormi por três noites após começar a hemodiálise, com medo de morrer”. (Constantino).

Não há como atribuir significados a vivência dos doentes e seus familiares, visto o sofrimento e tensão psicológica contínuos, seja pelas comorbidades e possíveis alterações fisiológicas cotidianas dos doentes, seja pelos eventos psicológicos marcadamente sempre presentes na vida de todos.

Conforme Imber-Black (1994), estar entre a vida e a morte é uma experiência altamente emocional e desafiadora. Lembra a importância de ser oportunizado às famílias uma reflexão sobre suas crenças, a fim de que possam selecionar aquela que vai influenciá-los a verem a situação de uma forma diferente:

-“A vida e a morte são decisões de Deus, [...] temos que deixar nossas vidas em suas mãos”. (Saulo).

A expectativa do tempo de vida é uma incógnita, despertando sentimentos diversos no ser humano, mas sua eminência para doentes renais crônicos é real. O prognóstico e os eventos futuros que a doença registra, mesmo após o transplante, não amenizam medos, sofrimentos e as incertezas. Pessoas com

pensamentos e emoções negativos têm dificuldade de distanciar-se desta realidade e sua percepção é particular, mesmo sofrendo influências do seu entorno:

-“Falar sobre a morte atrai ela”. (Lázaro).

Citando Moreira e Holanda (2010, p. 351), “o padecimento humano é único, singular e original, assim como o é cada indivíduo. A diferença está entre o sofrimento com ou sem sentido”.

- “Todos sabem, quem entra na hemodiálise ganha atestado de morte”. (Adriano).

Doentes e seus familiares pouco ou nada conversam entre si sobre a finitude da vida e na opinião de Imber-Black (1994) poucos são os médicos e técnicos da área da saúde preparados para discutir o tema.

O medo da morte desenvolve reações de defesa. Aceitar a morte para Frankl (1989a) compromete-nos com as decisões e responsabilidades do nosso futuro. A logoterapia vê na responsabilidade a essência da existência humana (Moreira & Holanda, 2010).

TRANSPLANTE RENAL: UMA NOVA REALIDADE

A doença crônica é uma realidade que muda o curso da vida dos doentes e seus familiares, seus sonhos, seus planos, suas prioridades, afetando suas necessidades nas diversas áreas biopsicossocial e econômica, sendo a idade do doente um fator diferencial.

Sonhos são deixados de lado, adiados e/ou modificados, nunca esquecidos. Interpretados por muitos como perdas, este entendimento cria ansiedade e conseqüentemente sofrimento, ao mesmo tempo, porém, oportunizando diferentes

possibilidades, quiçá com crescimento e novos aprendizados.

O sonho do transplante, uma vez realizado, permitiu abertura para novos sonhos e/ou novas possibilidades. Frankl (citado em Moreira & Holanda, 2010, p. 351) diz que “no processo de aprendizagem e na adversidade, a resiliência é a operacionalização para o encontro com o sentido da vida”. Alguns depoimentos:

- “Por causa da cegueira tive que deixar de pintar. Agora dou aulas”. (Constantino).

- “Mesmo cego, meu filho trabalha e participa da luta pelos direitos das pessoas deficientes como ele”. (F4/m).

Para Tolle (2007) podemos ficar presos as nossas limitações, vivenciando infelicidade intensa ou sobrepujando-as internamente, nos rendendo a elas independentemente de sua apresentação. Algumas limitações podem ser superadas num nível externo, outras temos que aprender a conviver bem no nível interno. A busca de sentido na vida é a principal força motivadora do ser humano (Frankl, 1989c).

Esta posição apresentada nos leva a um dos questionamentos feitos aos entrevistados – “o que lhes traz felicidade”?

-“É me sentir bem, é ver os outros que amo bem. Família com saúde”. (F3/f).

- “Felicidade é família. Poder ter saúde e buscar sonhos”. (Lázaro).

O pós-transplante desafiou a todos, doentes e familiares, a buscarem meios de vivenciarem este sentimento. No entendimento de F4/m:

- “Felicidade é viver o agora [...] a felicidade deve ser construída a cada dia”.

O sentimento de felicidade difere entre as pessoas em sua interpretação e conseqüentemente a forma de vivenciá-lo,

interferindo diretamente na preservação da saúde e condução das histórias de vida. Nicholas Christakis (Andrews, 2011) da Universidade de Harvard diz que a família e amigos são as pessoas com as quais todos devem contar para ser feliz, e Ramos (2012) lembra a importância da família no quesito saúde-doença e na recuperação dos doentes.

Andrews (2011, p. 20) diz,

a saúde é um componente importante para a qualidade de vida, porém está pouco relacionado com a sensação de bem estar subjetivo (...) Pessoas saudáveis muitas vezes não valorizam este benefício. Múltiplos problemas graves de saúde, que afetam o dia a dia da pessoa, podem baixar seu nível de felicidade.

Continuando Andrews (2011, p. 14), a autora refere pesquisas que concluíram que “a felicidade não é apenas caracterizada como a falta de emoções negativas, mas também como a presença de sentimentos positivos”.

ENCONTRANDO RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E FÉ.

As crenças, a religiosidade, a espiritualidade e a fé são interpretadas e conseqüentemente vividas de forma diferente por diferentes pessoas. Estas são culturalmente fortalecidas como recurso indispensável de apoio, acolhimento e esperança para indivíduos que vivem em situação de grande sofrimento (Moreira & Holanda, 2010).

Muitas pessoas dependem de crenças e práticas religiosas para lidarem com situações estressantes (Koenig, 2012). Se estas estiverem atreladas à percepção da sua condição humana,

possibilitará o enfrentamento dos problemas de saúde de forma mais exitosa. (Arantes, 2012; Amaro, 2013).

Diferentes crenças e a expressão da religiosidade e da fé ultrapassam os limiares dos consultórios médicos e das igrejas na busca por respostas. Adriano nos dá esta dimensão:

- “Busquei ajuda até em curandeiros, se não curou, ajudou nas horas difíceis”.

Na fala de Tolle (2007), as doenças desestabilizam as famílias e o colapso emocional resultante pode se tornar uma abertura para uma ordem superior:

- “Constantino está uma pessoa melhor depois de tudo que passou. Era ateu...” (F6/f)

Anterior e após o transplante, muitos entrevistados não têm uma relação próxima com a religiosidade, por outro lado vivenciam sua fé de forma particular:

- “Eu não sou religioso, mas acredito em Deus do meu jeito”. (Lázaro).

Para a logoterapia, fé e crença em Deus são fenômenos diferentes. A fé é uma crença ampliada onde “crer em Deus significa ver que a vida tem um sentido” (Moreira & Holanda, 2010, p. 354).

Receber o rim de uma pessoa morta mobiliza a fé nos entrevistados, porém, ao mesmo tempo que confiam a Deus, a escolha dos beneficiados e seus divinos motivos, mobiliza as crenças de merecimento e purgatório, vindo a se somar a já fragilizada estrutura interna dos mesmos. A valoração e conseqüente vivência dos preceitos espirituais dos entrevistados estão atreladas à cultura familiar, somadas às posturas individuais de aceitação e comprometimento das suas crenças e fé pessoais alimentadas por experiências particulares e não da religiosidade:

- “As mudanças no meu filho foram consequência de sua força de vontade”. (F4/m).

Moreira et al. (2006, citado em Moreira & Holanda, 2010), diz que a dimensão noética de Frankl refere que “o homem pode realizar suas potencialidades na autotranscendência quando encontra sentido fora dele, no encontro autêntico com o outro”. (Moreira & Holanda, 2010, p. 355). O que leva ao entendimento que uma das formas de encontrar sentido é realizando valores:

- “Deus é que me dá forças para continuar lutando. Me sinto feliz e me realizo quando posso ajudar, fazer o bem”. (F2/f).

- “Nunca fui religioso, mas estou fazendo as pazes com Deus. Estou trabalhando com necessitados e com pessoas com necessidades especiais”. (Constantino).

A religiosidade é um fator de proteção contra doenças e adversidades, podendo levar a pessoa a identificar sentidos na vida e, conseqüentemente, proporcionar-lhe um melhor bem-estar psíquico.

DISCUSSÃO

Diariamente pessoas de todos os cantos do mundo recebem diagnósticos de doenças que podem levar ao óbito. A morte pode vir subitamente, inesperadamente ou após uma longa antecipação, não poupando ninguém e pelos mais diversos motivos, independente de crenças, raças, idades, culturas, profissão, posição social e econômica. Tema de discussões nos campos acadêmicos/científicos e leigos, sua natureza abarca emoções e reações que segundo Bowen (1978), são determinadas pela particularidade da integração emocional de cada família podendo fazer eco no sistema mais amplo em que esta está inserida.

Os enfrentamentos inevitáveis permitem a construção de saberes únicos e, cada vez mais complexos, como formas imperiosas do homem de entender e se posicionar no e com o mundo. O conteúdo dos saberes e suas interpretações limitam-se ao mundo construído a partir da necessidade de entender as experiências vividas. Independentemente do momento e realidade pela qual passam os doentes e suas famílias, não há como dimensionar seu sofrimento, pois este tem seu matiz próprio, dentro do colorido do universo pessoal de cada um.

Minuchin (1990) diz que nunca ficamos doentes sozinhos, sempre com nossa família. Ramos (2012, p. 24) confirma este pensamento reconhecendo que “familiares também são envolvidos no adoecimento [...] e também são afetados por limitações e perdas as mais diversas”. Os efeitos negativos impostos à vida da família e sua valoração, estão intimamente ligados às experiências prévias dos indivíduos, seus valores sociais e culturais. Neste processo surge o reconhecimento dos limites despertando a percepção da finitude.

A doença renal crônica e o tratamento invasivo da terapia dialítica geram um estado de apreensão e sofrimento constantes aos doentes e seus familiares, sendo lembrado por estes como o pior período de toda trajetória da exposição à doença, seja pelas dores e desconfortos físicos, seja pelas dores emocionais acompanhadas pela eminência da morte ou, como nos diz o transplantado renal Constantino, são “as dores da alma”.

Lembranças como estas, insistem em acompanhar a todos os entrevistados, deixando cicatrizes. O transplante traz a conquista de uma nova etapa na vida familiar, com não menos cuidados e atenção à saúde do doente. Há a

necessidade do doente de adaptar-se às restrições impostas a fim de vivenciar de forma mais positiva a nova rotina (Fayer, 2010) e um desafio maior se faz urgente: buscar um sentido para sua existência.

Familiares, enquanto coparticipes desta realidade e também lutadores incansáveis, fizeram igualmente das suas buscas desafios, transformando sua realidade e permitindo serem transformados por ela. Destacamos Maturana e Varela (2011, p. 10) quando lembram que “a nossa trajetória de vida nos faz construir nosso conhecimento de mundo” e este pode realizar-se em si mesmo destacando o caráter autotranscendente da experiência humana (Frankl, 1989c).

Para Moreira e Holanda (2010, p. 351-352), no processo de aprendizagem e na adversidade, a resiliência é a operacionalização para o encontro com o sentido da vida. A partir deste entendimento, as autoras definem resiliência como “uma adaptação positiva em resposta a determinada adversidade, superando-a inclusive”. É a partir desta superação que, segundo a teoria do logoterapeuta Viktor E. Frankl (1989b) é possível a qualquer pessoa em qualquer condição, mesmo nas piores imagináveis, encontrar um sentido para a vida. Moreira e Holanda (2010, p. 355) lembram que “a capacidade para uma pessoa superar o sofrimento depende da intensidade de sua realização interna de sentido”.

Silveira (2007, citado em Moreira & Holanda, 2010), menciona pilares para o desenvolvimento pleno da resiliência. Nosso estudo identificou junto aos doentes e seus familiares entrevistados, manifestações de alguns de forma mais efetiva, como: adaptação às vicissitudes, esperança e fé, religião e

espiritualidade, liberdade para se posicionar diante das adversidades, cuidado com a saúde, atitude positiva frente às adversidades, capacidade para pedir ajuda. Cada qual reverberou de forma particular na vida destes impactando positivamente no seu bem-estar e qualidade de vida.

Frankl (1989c) diz que o importante não é buscar um estado livre de tensão, mas a partir do reconhecimento de que o sofrimento é inerente ao ser humano, buscar um objetivo, entregar-se a uma tarefa que valha a pena e que possa ser escolhida livremente, dando ao sacrifício um sentido – “sofrimento desnecessário é destituído de sentido”.

A liberdade de escolha do homem traz a consciência do seu ser-responsável, enquanto fundamento vital de existência humana. O homem é cercado e impelido pelo sentido da própria vida, portanto é orientado pela sua consciência. Daí este descobrir o sentido único e irreprodutível que se esconde em cada situação. “A vida continuará dotada de sentido, mesmo que tradições e valores se forem” (Moreira & Holanda, 2010, p. 347).

Segundo Frankl (1991), “o homem só se torna homem e só é completamente ele mesmo quando fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesmo a serviço de uma causa, ou no amor a uma pessoa”. O autor lembra ainda que o sentido é uma realidade ontológica, isto é, universal no seu valor, mas individual no seu conteúdo.

A crença em algo ou alguma força superior, transcendental, vai permitir o contato com nosso EU superior. O encontro com a dimensão espiritual é essencial, pois é esta quem dá a compreensão de sermos humanos. A humanização para Moreira e Holanda (2010) se

revela como a capacitação do homem para sua autorrealização.

Moreira e Holanda (2010), nos trazem o entendimento de Frankl (1990) sobre as 3 dimensões do homem: *homo sapiens* (quando o homem se movimenta entre o sucesso e o insucesso polos entre a satisfação e desespero); o *homo patiens*, quando há satisfação apesar do insucesso, além do desespero; *homo religios*, permite a superação da existência humana para além da essência do *homo patien*, considerando a resiliência fator determinante na identificação e enfrentamento do sofrimento; faz da sua vida uma missão a ser cumprida.

Moreira et al (2006, citado em Moreira & Holanda, 2010, p. 354) acredita que “o homem pode realizar suas potencialidades na autotranscendência quando encontra um sentido fora dele, no encontro autêntico com o outro”.

Arantes (2012) nos deu subsídios para o entendimento dos sentimentos relatados por alguns entrevistados quanto a sua espiritualidade, religiosidade, crenças e fé - “não sou religioso, mas acredito em Deus do meu jeito”. Arantes (2012) diferencia a religiosidade da espiritualidade, dizendo que a religiosidade é apenas um caminho para atingir a espiritualidade. Acredita que o encontro do homem e a espiritualidade se dá na forma como este se relaciona consigo mesmo e com os outros, com a natureza, com o universo e com Deus; nenhuma relação é mais importante que a outra, o que o homem busca é um sentido para sua existência.

Este pensamento assemelha-se ao da logoterapia, que refere que o fenômeno da fé e a crença em Deus são concepções diferentes, apoiando-se no preceito que crer em Deus

significa que a vida tem um sentido e que a orientação para a realização de sentido, provê uma razão para um melhor bem-estar psíquico e felicidade (Moreira & Holanda, 2010; Amaro, 2013). A dimensão noética de Frankl reconhece a religiosidade como tendo caráter de decisão, escolha consciente e responsável de um vir a ser.

Estudos indicam que as pessoas com algum envolvimento religioso são mais felizes e têm relacionamentos emocionais mais estáveis e íntimos com os outros, estando de alguma maneira, envolvidas na comunidade em que vivem, mitigando assim o sentimento de vazio. Não são somente mais felizes, mas gozam de uma saúde melhor e vivem mais tempo (Servan-Schreiber, 2004; Andrews, 2011).

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que há um desmensurado sofrimento dos doentes renais a partir do entendimento da cronicidade da doença renal, extensivo aos seus afetos e familiares. Na busca por respostas se fez presente o anseio pela vida e tudo o que ela poderia trazer e representar. Este entendimento possibilitou-lhes o desenvolvimento de estratégias de resiliência. Enquanto aspectos essenciais da vida humana, o caráter singular e sua irrepetibilidade, manifestaram-se simultaneamente na percepção da finitude, trazendo a compreensão de sua impermanência existencial.

A proximidade com a finitude da vida levou a todos entrevistados a repensarem seus valores e em alguns casos, buscarem apoio espiritual e/ou religioso, revendo e reconhecendo crenças novas ou passadas. A fé ganhou outra dimensão, contabilizando fatores pessoais e apoio familiar e social como grandes aliados.

Confirmamos estas palavras quando observamos que a relação dos entrevistados com seu Deus, não exatamente com a religiosidade se fundem com a realização dos seus valores vivenciais no momento em que se entregam a outra pessoa, se distanciando de si mesmos e da atual realidade, encontrando forças para prosseguir no tratamento, nas suas vidas, buscando sonhos e a felicidade. O olhar a um bem maior, que ultrapassa as fronteiras do intransponível futuro, limitando suas possibilidades, obrigou-os a reconhecerem e

aproveitarem o tempo de vida disponível, buscando ressignificar suas vidas, tornando a vontade de sentido um sentido para sua existência humana e espiritual. Apoderando-nos dos resultados de pesquisas empreendidas por Andrews (2011, p. 20) e que encontram total respaldo científico na logoterapia de Frankl, dois são os fatores apontados como aqueles que proporcionam felicidade e bem-estar duradouros: “Fortes laços afetivos com amigos e familiares; A sensação de significado na vida”.

REFERÊNCIAS

- Andrews, S. (2011). *A ciência de ser feliz*. São Paulo: Àgora.
- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27 (58), pp. 253-260.
- Amaro, L. S. (2013). Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. *Revista Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 2 (2), pp. 147-161.
- Arantes, A. M. Q. (2012). *A morte é um dia que vale a pena viver* / Ana Claudia Quintana Arantes / TEDxFMUSP. [arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=ep354ZXKBEs>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3a. ed.) Lisboa: Edições 70.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Fayer, A. A. M. (2010). *Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio*. Dissertação de mestrado, Mestrado em Ciências. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Frankl, V. E. (1989a). *Psicoterapia e sentido da vida*. (3a. ed.). São Paulo: Quadrante.
- Frankl, V. E. (1989b). *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo*. Aparecida: Santuário.
- Frankl, V. E. (1989c). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes; São Leopoldo: Sinodal.
- Frankl, V. E. (1990). *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papirus.
- Frankl, V. E. (1991). *A psicoterapia na prática*. Campinas: Papirus.

- Imber-Black, E. (1994). *Os segredos na família e na terapia familiar*. [trad. Dayse Batista]. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koenig, H. G. (2012). *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre, RS: L&PM.
- Kübler-Ross, E. (2012). *O túnel e a luz*. (4a. ed.). Campinas: Verus.
- Leoni, U. G. (2005). *A dinâmica familiar de crianças com doenças crônicas*. Monografia, Curso de Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Machado, M. (2012). *Compreender a terapia familiar*. Curso de Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Maturana, H. & Varela, F. (2011). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Moreira, N., & Holanda, A. (2010). Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. *Psico-USF*, 15 (3), pp. 345-356.
- Peres, J. F. P.; Mercante, J. P. P. & Nasello, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (2), pp. 131-138. Obtido em 10 outubro de 2005. Recuperado de http://www.julioperes.com.br/upload/files/Resiliencia_Peres.etal2005.pdf.
- Peres, L. A. B.; Biela, R. H. M.; Matsuo, T.; Ann, H. K.; Camargo, M. T. A.; Rohde, N. R. S.; & Uscocovich, V. S. M. (2010). Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. *Brazilian Journal of Nephrology*, 32 (1), pp. 51-56.
- Ramos, B. L. (2012). *Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico*. Monografia, Curso de Pós-graduação em Nefrologia. Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional, Recife.
- Ruback, T. M.; Menezes, M. G. B. & Araujo, M. T. (2014). Diagnostico de enfermagem em um paciente portador de insuficiência renal crônica. *SynThesis Revista Digital FAPAM*, 5 (5), pp. 302-327. Obtido em 18 de dezembro de 2015. Recuperado de <http://www.fapam.edu.br/resvista/volume5/18%20RUBACK%20302-327>.
- Servan-Schreiber, D. (2004). *Curar: o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*. São Paulo: Sá Editora.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2013). *Censo de diálise SBN 2013*. Recuperado de http://arquivos.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf.
- Tolle, E. (2007). *Um novo mundo: o despertar de uma nova consciência*. Rio de Janeiro: Sextante.

Enviado em: 17/12/2016

Aceito em: 01/03/2017

SOBRE OS AUTORES

Flávia Hoelzel. Possui mestrado em programa de pós-graduação em desenvolvimento régio pela universidade de Santa Cruz do Sul (2000).

Blanca de Souza Viera Morales. Blanca Nair de Souza Viera Morales, psicóloga, psicoterapeuta, com especialização em psicologia da criança (Universidade de la República Oriental del Uruguay - Registro no Conselho Regional de Psicologia: 07/17327-Brasil). Possui mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Concluiu doutorado em Letras. Área Teorias do Texto e do Discurso, com a tese intitulada: A dependência de drogas no discurso do psicólogo: efeitos de sentido, defendida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002).