

MEDICINA E HUMANIZAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DA LOGOTERAPIA

MEDICINE AND HUMANIZATION: CONTRIBUTIONS FROM LOGOTHERAPY

Marcus Túlio Caldas, Maria Eugênia Calheiros de Lima, Wellington Martins de Lira e Zirlana Menezes de Teixeira

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo. O presente artigo tem como objetivo refletir a respeito da experiência do principal autor em sua atividade profissional como médico em hospitais de média e alta complexidade, assim como das reflexões e comentários dos demais autores do texto. Ao se referir à média e alta complexidade queremos enfatizar a experiência dos pacientes acometidos por doenças de gravidade clínica importante. Apesar de estar em um mundo pouco acolhedor e menos ainda propício à vivência de valores, nossa clientela pode, através de sua experiência com a equipe médica, com amigos e familiares - e através dos valores de atitude - reorientar-se para a vida neste momento crucial.

Palavras-chave: logoterapia; medicina; sentido; valores de atitude.

Abstract. This article aims to reflect on the experience of the senior author in his practice as a doctor in hospitals of medium and high complexity, as well as reflections and comments of the other authors of the text. When referring to the medium and high complexity we want to emphasize the experience of patients suffering from diseases of major clinical severity. Despite being in an unwelcoming world and even less propitious to the experience of values, our clientele can, through their experience with the medical team, with friends and family - and through the values of attitude - reorient to life at this crucial moment.

Keywords: logotherapy; medicine; meaning; attitude values.

O presente artigo tem como objetivo refletir a respeito da experiência de um dos autores em sua atividade profissional como médico em hospitais de média e alta complexidade, assim como as reflexões e comentários dos demais autores do texto. Ao se referir à média e alta complexidade queremos enfatizar dois aspectos a respeito dos quais pretendemos fazer nossas observações: o uso abundante do aparato tecnológico no diagnóstico e prognóstico das enfermidades, a experiência dos pacientes acometidos por doenças de gravidade clínica importante, frequentemente com repercussões físicas, emocionais e existenciais, e o modo como à equipe envolvida no tratamento se colocou diante de algumas situações dramáticas, intensamente dolorosas para todos os participantes.

No transcorrer deste trabalho observamos algumas reações comuns entre pacientes e equipe, diante de algumas doenças em particular. Não pretendemos com isso afirmar padrões de atuação da equipe ou de comportamento dos pacientes, mas sim, aproximações, afinal comungamos muito em comum, inclusive aquilo que Husserl (1954/2012) chamava de *Lebenswelt* ou mundo da vida. O mundo da vida como o lugar que brota a compreensão e o sentido das experiências vividas. Trata-se do mais próximo, da história, da política, dos afetos, dos comportamentos, das crenças, ou seja, daquilo que está mais próximo de nós, em uma experiência de profunda intimidade. Dele deveriam derivar todas as construções humanas inclusive a ciência. Estamos nos referindo, ao menos em parte, àquilo que outros autores denominam cultura

(Bauman, 2004; Lipovetsky, 2005; Lipovetsky & Serroy, 2008).

A partir daí julgamos pertinente anotar o dia - a - dia de nossas relações com a clientela e a equipe, com a intenção de, revendo esse material, tentar compreender melhor as experiências que estávamos vivendo, inclusive no aspecto emocional e relacional, uma vez que nos provocavam sentimentos os mais diversos, com evidentes repercussões em nosso modo de pensar e fazer clínica. Como não desenvolvemos uma pesquisa formal, solicitamos aos leitores que considerem este artigo como uma contribuição inicial que possa estimular trabalhos que a partir de um protocolo fundamentado quanti ou qualitativamente alcancem resultados mais rigorosos.

Entretanto, nosso ponto de partida é a dor e o sofrimento intensos provocados por doenças graves que com muita frequência produzem amputações e/ou outras sequelas que trazem prejuízos funcionais, estéticos e relacionais em pessoas de diferentes idades e profissões e, principalmente momentos de vida, dentro de um marco socioeconômico de muitas dificuldades.

Observamos que os pacientes frequentemente passavam por momentos de grande desorientação, pareciam não entender as explicações dadas pela equipe para o seu mal inclusive as mais simples. Esse processo atingia o ápice nos momentos iniciais do diagnóstico e tratamento podendo se estender por meses, até o que poderíamos caracterizar como uma fase intermediária e por fim, a saída desse processo a partir de uma reorientação que comentaremos no transcorrer do artigo.

Cabe nesse momento introduzir um aspecto central de nossa reflexão, a relação que o conhecimento científico, no caso a medicina, estabelece com os sentidos que se dão em nossa existência cotidiana, em particular na situação de adoecimento.

A ciência médica estuda a enfermidade em suas características biológicas, com o foco em relações de causa-efeito, dentro de um marco estabelecido pela natureza. Portanto, o homem seria um observador dessas relações que podem acontecer de diversos modos: experiencial, empírico, científico.

Seja como for teremos sempre de um lado um sujeito que se dirige a um objeto que contém em si toda a verdade do que se procura e, frequentemente, se necessita conhecer.

Obviamente, as descobertas realizadas modernamente, com um sofisticado aparato científico, afastam dessa experiência, aqueles que não são especialistas.

Tal condição não afasta o homem comum das descobertas científicas, entretanto seu significado na vida cotidiana, em sua capacidade de resolver problemas e produzir resultados, dependerá da relação que estabelecerá com cada um de nós.

É comum as pessoas comentarem o interesse nesta ou naquela enfermidade quando são diretamente afetadas ou alguém em seu círculo de relações.

A partir dessas observações podemos entender o enfermar como um conjunto de sinais e sintomas, que vão permitir o diagnóstico, um prognóstico, fundamental nos

dias de hoje e, o tratamento correspondente. A esta caracterização se chamaria enfermidade.

A proposta da fenomenologia é outra, por compreender, incluir, no processo de enfermar a experiência de quem a sofre, aquele que adocece em seu próprio adoecer.

Sem que seja nossa intenção privilegiar um ou outro aspecto, salientamos que a fenomenologia, desde seus primeiros passos, concebeu homem e mundo em estreita relação, co-orientados ou mesmo codependentes em sua configuração (Heidegger, 1926/2004; Husserl, 1954/2012). Portanto, o homem não pode tomar a mesma distância que em relação ao conhecimento científico, uma vez que a fenomenologia considera que o mundo se organiza a partir de uma estrutura de ferramentas interconectadas em relações de sentido que dão significância a ele (Svenaeus, 2012). Ora, sendo o homem existência como *ek-sistir*, existir “para fora” nesse mundo, que é dele, é possível uma aproximação com a concepção de cultura, ou mundo como disposição deste tipo, inclusive *Lebenswelt* (Helman, 2009; Husserl, 1954/ 2012; Svenaeus, 2012).

Em resumo, mundo para o ser-humano é onde, em disposição afetiva se dá a abertura para esse mesmo mundo, é um estar à vontade e confortável, portanto forma de hospitalidade.

Ressaltando uma vez mais, insistindo de forma talvez obsessiva, é um “estar para fora”, só nos tornamos “homens”, assim pensa a fenomenologia existencial, quando nos exteriorizamos na trama de sentidos do mundo. Um último cuidado: não é possível se nos

dirigimos no sentido de uma “interiorização” alcançar nosso fundamento de humanidade.

Esclarecido este aspecto, fundamental para a compreensão dos próximos passos, podemos então acompanhar Svenaeus (2012) em sua proposta de fenomenologia da doença. O autor ressalta que suas reflexões se dirigem, assim como as nossas, a portadores de doenças graves.

A doença grave se abateria sobre nós tal qual um fenômeno da natureza como um terremoto ou um vulcão, em sua incompreensibilidade, força e descontrole, nos destruindo.

A intensidade da experiência, assim como suas demais características, romperia a significância que o ser - humano estabelece com o mundo, gerando a experiência do absurdo. Aqui o absurdo nomeia aquilo que do mundo, por não ser mais possível a significância, não encontra a compreensibilidade correspondente.

Os comentários acima nos ajudam a retomar observações que fizemos no início do nosso artigo quando nos referimos a não compreensibilidade da clientela em relação ao seu estado de doença. Frequentemente os pacientes faziam referências, às vezes jocosas às vezes intelectualizadas sobre essa experiência de absurdo. Comentários como à doença ter batido na porta errada, trocado o endereço ou mesmo se tratar de um engano cósmico confirmam nossas observações quanto à dificuldade de integração dessa experiência em um sistema de significância e compreensibilidade. Pacientes intelectualizados, após pesquisas em livros, revistas de psicologia ou com outros recursos,

comentavam o absurdo do acontecido uma vez que nem a personalidade nem o estilo de vida justificavam a enfermidade.

O absurdo da situação, a baixa autoestima que frequentemente se associava, enfim, sua natureza estranha terminava por ampliar a sensação de perda de significância. Tal situação findava em uma “invasão” do corpo que passava a ser sentido como portador de um “outro”, estranho e incompreensível que, no limite, levava a experiência de “desaparição” desse mesmo corpo ou a sua objetificação (Svenaeus, 2012).

Muitas vezes escutamos de nossos pacientes, dúvidas quanto à propriedade de seu corpo, usando imagens como de retirada ou enxerto de partes que não lhe diziam respeito.

Rapidamente tal fenômeno se estendia às demais experiências, às coisas da natureza, do mundo, até mesmo às pessoas, inclusive as mais familiares.

Sentimentos de rejeição, de mudanças nos relacionamentos no sentido de afastamento e distanciamento, incluindo transformações no modo de ser olhada, percebido como crítico, pouco acolhedor e invasivo, terminava por produzir um profundo mal-estar. Vivência que Svenaeus (2012) chama de alienação. Entendida como perda de significância nas relações com os outros e a natureza, ou seja, às possibilidades de alteridade. Alteridade para o autor estaria relacionada à experiência do novo, no sentido de mudança e renovação, que seria dada a cada um no acontecimento surpreendente do não eu.

Recordemos que qualquer movimento em direção a uma interioridade levará cada vez mais a uma situação de estagnação e rigidez.

Diante do percorrido até o momento, cabe a pergunta: que caminhos nossos pacientes trilharam para recolocar-se diante do gigantesco desafio que tinham diante de si? Desistir simplesmente, entregar-se a dor e o sofrimento ou mesmo abreviá-lo, certamente estiveram presentes em alguns momentos. A ideação suicida era frequente, comentários ameaçadores traziam grandes preocupações e redobravam os cuidados. Entretanto não houve nenhuma passagem ao ato no período em que acompanhamos essa clientela.

Na verdade, em momentos distintos para cada um, testemunhamos um recolocar-se, quase um renascer.

Como se deu esse reencontro com a vida, com si mesmo, com o outro e a natureza?

Certamente, as informações que a equipe médica atenciosamente dava aos pacientes sobre sua enfermidade, tratamento e prognóstico, tiveram o seu papel. Entretanto, pela própria gravidade da experiência, limitado.

Considerando estarmos vivendo em uma época caracterizada pelo abandono da tradição com suas consequências sobre o ofuscamento dos valores (Frankl, 1998/2012), em que as relações entre as pessoas, mesmo as amorosas, não apresentam possibilidade de fixidez e estabilidade (Bauman, 2004), ou que se experimenta o enfraquecimento do nosso mundo cultural mais próximo, substituído por uma cultura-mundo, tecnificada e capitalista

(Lipovestky, 2005; Lipovestky & Serroy, 2011), onde nossos pacientes poderiam encontrar forças para reconectá-los a sua vida e a sua história?

Recordamos em vários momentos as palavras de Frankl (1977/2008) quando refletia sobre sua experiência no campo de concentração e, as razões para que alguém pudesse sobreviver à tamanha adversidade. Na ocasião Frankl observou a importância de se ter um sentido, fosse retornar a alguém amado, concluir uma obra inacabada ou mesmo alguma coisa, ou algo que sentia a vida lhe provocar.

Como que um afinar da consciência (Frankl, 1967/2003, 1978/2005, 1977/2008, 1969/2011, 1998/2012), a lembrança de um filho pequeno para cuidar e se responsabilizar, a confirmação de um matrimônio apaixonado em uma situação de tanta dor ou mesmo o amor a uma profissão tão buscada, em que se estava dando os primeiros passos, mostraram-se mais fundamentais do que todos os outros acontecimentos que cruzaram o caminho de nossos pacientes nesses momentos cruciais.

Outro fato a ser considerado foi à relação com a equipe médica. Hoje, em hospitais de grande porte, existe uma gama de profissionais que se revezam na prestação de atenção e cuidados. Apesar de se respeitarem as especialidades, frequentemente outros profissionais que não o médico ganhava um relevo extraordinário na relação com a clientela.

Presenciamos, em diversos momentos, cenas de gratidão, carinho e amor entre a clientela e médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e mesmo o pessoal de serviços gerais. Um olhar

mais atento pode confirmar o papel que tiveram esses profissionais na reorientação de nossos pacientes, através da transmissão de valores, seja por atitudes ou pelo contato carinhoso à beira do leito.

Todavia, em outros momentos, podemos, de maneira preocupada, encontrar pacientes confusos e angustiados em função de embates em torno de questões de valor entre membros da equipe que terminavam por afetá-los.

Ao concluir nosso artigo gostaríamos de ressaltar que a experiência que vivemos em hospitais de média e grande complexidade, na atenção a pacientes com doenças graves que frequentemente levavam a amputações ou limitações severas, nos fizeram, de maneira profundamente experiencial constatar a validade de força da obra de Viktor Frankl, quando

insiste no sentido, nos valores e na transcendência a eles vinculada. Apesar de um mundo pouco acolhedor e menos ainda propício à vivência de valores, nossa clientela pode, através de sua experiência com a equipe médica, com amigos e familiares e através dos valores de atitude reorientar-se para a vida neste momento crucial.

Para concluir, gostaríamos de chamar a atenção para a necessidade de uma maior atenção para os valores que os membros da equipe de cuidados assumem.

Sugeriríamos que além de uma supervisão técnica, o que é feito na maior parte das instituições rotineiramente, fosse possível igualmente, uma “supervisão de valores”, uma vez que se mostraram fundamentais na recuperação dos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Frankl, V. E. (2011). *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus.
- _____ (2008). *Em busca de sentido*. Petrópolis: Sinodal-Vozes.
- _____ (2012). *Logoterapia e análise existencial*. Rio de Janeiro: Gen-Forense. Universitária.
- _____ (2003). *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante.
- _____ (2003). *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona: Herder.
- _____ (2005). *Um sentido para a vida*. Aparecida: Ideias e Letras.
- Lipovetsky, G. (2005). *A era do vazio*. Barueri: Manole.
- Lipovetsky, G., Serroy, J. (2011). *A cultura – mundo: resposta a uma sociedade desorientada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Heidegger, M. (2004). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Husserl, E. (2012). *A crise da filosofia europeia*. Rio de Janeiro: Gen-Forense.

Svenaesus, F. (2012). Medicina. In L. D. Dreyfus & M. A. Wrathall (Orgs.), Fenomenologia e existencialismo (pp.375-385). São Paulo: Loyola.

Enviado em: 05/11/2014

Aceito em: 02/12/2014

SOBRE O AUTOR

Marcus Túlio Caldas. Doutorado em Psicologia pela Universidade de Deusto (1999). Atualmente é médico psiquiatra do Governo do Estado de Pernambuco e professor adjunto II da Universidade Católica de Pernambuco. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: clínica fenomenológica existencial, alcoolismo e outras drogas, trabalho, psicopatologia e psicoterapia.

Maria Eugênia Calheiros de Lima. Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Pernambuco. Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco e Doutorado em curso pela mesma instituição. Especialização em Logoterapia (SOBRAL- SP) e Professora do Programa de Pós Graduação em Logoterapia da ALVEF.

Welligton Martins de Lima. Possui graduação em Odontologia, Psicologia e Direito pela Universidade Federal de Pernambuco, graduação em Teologia Bíblica pelo Seminário Teológico Batista do Norte do Brasil. Mestrado e Doutorando em Psicologia Clínica pela UNICAP.

Zirlana Menezes de Teixeira. Possui graduação em Filosofia pela UNICAP, graduação e Formação de Psicólogo pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda, mestrado em Comunicação pela Universidade Federal de Pernambuco.