

O CORPO DIVIDIDO E SUA RELAÇÃO COM A DOENÇA: UMA QUESTÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Adriana Maria Wan Stadnik,¹

Estanislau Gonçalves Jovtei,²

Nicolau Afonso Barth,³

Glaycon Michels,⁴

RESUMO

Este artigo trata do corpo indivisível (corpo mais mente) do conceito de qualidade de vida e sua relação com as enfermidades. Busca-se mostrar através de uma revisão de literatura que a doença deve ser trabalhada também do ponto de vista do bem estar total do indivíduo, como preconiza a Organização Mundial de Saúde. Ou seja, não apenas a ausência de doença traz o bem estar, na verdade estar saudável é um conjunto de características que passa também pelo sócio-afetivo, entre outras tantas variáveis, por exemplo. Trata-se, também, não apenas da doença, mas sim do doente, um ser humano completo, que age e reage, que sente, que pensa, e da importância do tratamento médico humanizado, a partir dessa visão globalizada do indivíduo.

Palavras-chave: corpo, mente, doença, saúde, bem estar.

ABSTRACT

This paper is about indivisible body (body plus mind) and about the concept of life's quality and its relation with the illnesses. We show through a literature revision that illness must be worked to the point of view of the total wellness of the individual, as Health World Organization states. By the time, not only the illness absence brings twellness or in other words, in fact, being health demands a

¹ Licenciada em Educação Física., Mestrado em Engenharia da Produção – UFSC. Professora de Educação Física e dança do CEFET-PR.

² Licenciado em Educação Física. Mestrado em Engenharia da Produção – UFSC. Professor de Educação Física e chefe do Departamento Acadêmico de Educação Física do CEFET-PR.

³ Licenciado em Mecânica. Mestre em Engenharia da Produção – UFSC. Professor do Departamento Acadêmico de Mecânica do CEFET-PR.

⁴ Graduado e doutorado em Medicina. Professor de Pós-Graduação da UFSC. Professor no curso de graduação em Medicina UNISUL.

group of characteristics that pass through the social and affective aspects, among other things, for example. We are interested, not only in the illness, but in the patient, a complete human being, that has action, reaction, feelings, thoughts, and in the importance of humane medical assistance, a global vision of an individual person.

Key Words: body, mind, illness, health, wellness.

INTRODUÇÃO

Na década de setenta, graças ao desenvolvimento tecnológico avançado, surge a era da informática, abrindo a possibilidade de que as informações, ao invés do material fossem utilizadas economicamente. Mas, esse ciclo já está acabando, seu pico já passou na Europa, no Japão e em alguns países da Ásia. Como resultado, tem-se o alto índice de desemprego e o colapso de algumas moedas (Barth, 2001). Para Nefiodow (*apud* Barth, 2001, p. 3), “a inovação básica capaz de reverter esta situação e, portanto, fazer a economia avançar no futuro, é a ampla melhoria da saúde”. E, acredita-se que só se pode melhorar a saúde, se melhorarmos a relação com o próprio ser humano, principalmente a relação do ser humano com o seu próprio corpo, que começa na aceitação do corpo como algo indivisível: corpo e mente, unidos numa só idéia, uma expressão única do ser. Ainda, para Nefiodow (*apud* Barth, 2001, p. 3), “poucas pessoas tem a felicidade de serem sadias no sentido amplo da OMS (Organização Mundial de Saúde), a qual relaciona sete critérios para tanto:

- forte sentimento de auto-estima;
- relacionamento positivo com o próprio corpo;
- capacidade de fazer amizades e estabelecer relacionamentos sociais variados;
- meio-ambiente intacto;
- trabalho expressivo e condições de trabalho saudáveis;
- conhecimento sobre saúde e atendimento médico;
- uma vida que valha a pena no presente e na esperança de uma vida que valha a pena no futuro”.

Em outras palavras, estar sadio não significa a ausência da doença ou o bem estar do corpo físico apenas, mas sim o bem estar do corpo total, da mente, do espírito, do ambiente, do sócioeconômico. Tudo deve estar em equilíbrio. Em geral, este equilíbrio é conseguido através das práticas que beneficiam ou proporcionam o aumento e a melhoria da qualidade de vida do ser humano.

Vamos comentar um pouco sobre a qualidade de vida:

Lyndon Johnson, em 1964, quando era o presidente dos Estados Unidos, foi a primeira pessoa que utilizou publicamente o termo qualidade de vida (até

então usado apenas pelos estudiosos do assunto), quando declarou que os objetivos de um banco não podem ser medidos pelo seu balanço e, sim, pela qualidade de vida que eles proporcionam às pessoas (Jovtei, 2001). “A preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida” (Jovtei, 2001, p.47).

A avaliação da qualidade de vida já vem sendo utilizada como a terceira dimensão a ser avaliada nos consultórios médicos. A oncologia é a especialidade médica que se viu confrontada, inicialmente, com a necessidade de avaliar a condição de vida em que se encontram os seus pacientes, já que na maioria dos casos, poderiam ter uma sobre vida aumentada. Levando-se também em conta, que a cada dia mais, a idéia passa a ser não a de apenas acrescentar “anos à vida” e sim de acrescentar “vida aos anos” (Katschnig, 1997 *apud* Jovtei, 2001).

Para Bullinger e cols, 1993 (*apud* Jovtei, 2001), qualidade de vida inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do ser humano, suas ações e comportamentos relacionados às suas rotinas, o que inclui, mas não se limita, à sua condição de saúde e aos cuidados da medicina.

OBJETIVOS

- Despertar a idéia de que o emocional e o físico estão intimamente ligados, a ponto de serem inseparáveis;
- Buscar a valorização da qualidade de vida, de forma prazerosa;
- Demonstrar a importância da humanização do tratamento médico.

METODOLOGIA

Este estudo é de caráter descritivo-analítico e adotou, como técnica de trabalho, a pesquisa bibliográfica. Portanto é um artigo de revisão bibliográfica.

DESENVOLVIMENTO

CORPO e SAÚDE

Recentes estudos na área das ciências humanas consideram que corpo e espírito (mente) são uma unidade indivisível, portanto, o estudo do corpo é o estudo do ser humano em sua totalidade (Andréa João *apud* Vargas, 1998).

Já, na antiguidade Grega, os filósofos preconizavam a harmonia do corpo e da mente, que eram demonstrados através das artes plásticas, como a pintura, o desenho e a escultura, onde as estátuas nuas, por exemplo, eram moldadas com faces e expressões de inteligência e reflexão e, ao mesmo tempo, musculosas e estéticas, traduzindo a estreita interrelação entre o pensamento e a ação muscular (Daisy Barros *apud* Vargas, 1998).

Durante a Idade Média, o corpo foi tido como a expressão do pecado (sexualidade). A educação religiosa valorizava excessivamente o espírito, a mente.

Os únicos “corpos” valorizados eram os dos soldados, dos guerreiros que conquistavam os “lugares santos”, eliminando os infiéis da face da Terra (Daisy Barros *apud* Vargas, 1998).

Mas, atualmente, como já foi comentado no início deste trabalho, sabe-se que o corpo e a mente são uma coisa única, indivisível. Segundo Darcymeires do Rêgo Barros (*apud* Vargas, 1998, p. 129):

“O corpo humano não é objeto interior e imaginário do ser humano. Está presente no mundo e sempre em relação a pessoas, objetos e natureza. O corpo é depositário de toda experiência pessoal; (...) ele é a soma e a expressão vivenciada da história de cada ser humano, bem como de seu grupo social”.

Em tudo que o ser humano faz existe sempre um comportamento corporal, uma expressão. O corpo se comunica, é, sente e “a segurança afetiva é uma fonte positiva de alegria, tranquilidade e de força moral, condições que fomentam a saúde e o prolongamento da vida” (Darcymeires Barros *apud* Vargas, 1998, p. 131). Já o contrário, a insegurança e a raiva, o medo e a dor, por exemplo, podem modificar as secreções gástricas e intestinais, durante o processo digestivo, levando os alimentos não digeridos a entrar em estado de putrefação e intoxicar o sangue e os tecidos (Darcymeires Barros *apud* Vargas, 1998).

Também, a forma como o indivíduo reage ao estresse e/ou a outros fatores emocionais pode contribuir para o início e a progressão de um câncer e, ao mesmo tempo, as expectativas positivas, a consciência e o cuidado consigo mesmo pode contribuir para o controle e até mesmo a cura da doença (Simonton, 1997). Segundo Merolli (1997, p. 41) “cada um de nós tem a sua própria participação na saúde ou na doença” (...) “as pessoas que sofrem de câncer ou qualquer outra doença séria podem participar de sua própria recuperação”. A palavra participação indica a função vital que o próprio ser humano desempenha na manutenção de sua saúde ou na recuperação de um quadro clínico de doença (Merolli, 1997). Todos participam de sua própria saúde através das convicções, sentimentos e atitudes em relação à vida e à doença.

VONTADE DE VIVER

O que aconteceu com aquele paciente que conseguiu se recuperar mesmo com um diagnóstico nada favorável? E, o que acontece quando comparamos pacientes com o mesmo diagnóstico e quadros de recuperação completamente diferentes?

Logicamente, sabemos que muitos são os fatores associados que levam um paciente a se recuperar ou não. Entretanto, não podemos deixar de levar em conta os fatores psicológicos e sociais, como: estilo de vida, atitude diante da vida, expectativas, sonhos, alegria de viver, objetivos e, também, a vontade de viver.

“Anualmente morrem aproximadamente trinta mil pessoas por suicídio nos Estados Unidos. Estima-se que o número de intenções de suicídio é de oito a dez vezes maior. Esta perda de informação se deve a forma de classificação das causas

de mortes por acidentes. A causa de morte chamada de suicídio crônico, como por exemplo, morte por consumo de álcool, abuso de drogas, também os pacientes que descuidam da sua saúde como os diabéticos, obesos e hipertensos” (Cordero, 2000, p. 14).

Ou seja, a sensação que se passa é a de que existem muitas pessoas que simplesmente se abandonam à morte, como alguns dos exemplos citados acima: obesos, hipertensos, diabéticos, etc. Um outro exemplo: o câncer, por ser uma doença terrível, passa a ser a principal característica da pessoa a partir do momento que a doença é descoberta. É como se a pessoa deixa-se de ser um profissional, um membro da família, deixasse de ter charme, inteligência, senso de humor, a partir daquele momento da descoberta da doença o indivíduo passa a ser identificado apenas como um paciente canceroso. Toda a sua identidade individual passa a ser a identidade da doença. Todos, inclusive seu próprio médico, geralmente, esquecem-se do ser humano e passam a cuidar do fato físico da doença, passam a tratar o paciente como um corpo físico, não como uma pessoa (Matos e Souza, 2000).

A doença não deve ser considerada como um fato físico apenas, mas sim como um problema que diz respeito à pessoa como um todo. Acredita-se que os estados emocional e mental dos indivíduos tem uma função fundamental no que diz respeito à suscetibilidade à doença e também na recuperação da mesma. Apenas um sistema que integre o corpo, a mente e as emoções, que constitui uma pessoa como um todo, pode dar um resultado satisfatório no tratamento da doença (Simonton, 1987).

Com o advento da tecnologia parece, muitas vezes, que tanto conhecimento poderia resolver todos os problemas de saúde, mas a realidade tem se mostrado traiçoeira; a mente ocupa um lugar cada vez mais alto na hierarquia da saúde e do bem-estar. Estudos realizados por Baudelin (*apud* Tello, 2000) demonstram, através da comparação entre pacientes depressivos ou não, que aqueles que conseguiram manter e até mesmo melhorar a sua qualidade de vida, tiveram uma sobrevida bem maior, nos diagnósticos de doenças terminais, em relação àqueles pacientes que se “abandonaram”. As diferenças entre as personalidades de cada paciente e a qualidade de vida dos mesmos mostraram que estes fatores fazem bastante diferença no tempo de vida após o diagnóstico positivo de doenças graves.

Fatores como a confiança no médico também são muito importantes para recuperação de um paciente: “o efeito placebo” não se limita à administração de pílulas de alguma coisa que nem se sabe o que é, para Merolli (1997, p. 57) “em toda a história da medicina houve vários tipos de práticas diferentes, do tipo “sangria” (muito comum durante a Idade Média), sem base fisiológica de cura e que, não obstante, funcionava com frequência, aparentemente porque todo mundo, incluindo o próprio médico, acreditava em sua eficácia”.

É bem possível que este “efeito placebo” também seja o responsável por uma parte dos benefícios adquiridos por medicações verdadeiras, mas esta afirma-

tiva necessitaria de um estudo aprofundado para sua comprovação, pois todos os medicamentos passam por testes e devem ser aprovados ou não, de acordo com a sua eficácia, pelos órgãos públicos responsáveis. A idéia deste artigo é apenas a de questionar e valorizar o ser humano físico-bio-psico-social, o corpo indivisível.

De qualquer forma, Sternberg (2001, p.12) considera que “hoje os médicos já respeitam a relação entre o emocional e o físico. Há muito tempo há indícios de que ela existe, mas agora temos as provas que faltavam”. Ela também acredita que o otimismo é fundamental para auxiliar no combate aos males do corpo.

Em geral as pessoas são educadas para saber ler, escrever, calcular, trabalhar..., mas, ninguém ensina a fazer “higiene mental”, ou seja: relaxar. Ninguém ensina ninguém a encarar seus conflitos internos, seus problemas emocionais, nem mesmo sociais. Para sair de uma crise emocional é preciso relaxar e, em muitos casos, não consegue-se lidar com isso de forma positiva. Tudo isto gera um enorme desgaste que pode acabar transformando-se numa doença. Talvez por isso hoje já se percebe a preocupação dos médicos em receitar atividades de lazer prazerosas para seus pacientes, porque relaxar é difícil para um grande número de pessoas e o relaxamento, como parte da rotina de vida do indivíduo, seria uma forma de prevenção. Toda vez que sentimos prazer em fazer alguma coisa acabamos liberando a endorfina, que é uma substância liberada pelas células, que ajuda no combate à dor e é muito semelhante à morfina. Tudo isto ajuda muito no aumento da resistência do corpo às doenças (Sternberg, 2001).

Portanto, o mais importante é fazer uma atividade física ou recreativa, por exemplo, da qual realmente se goste, uma atividade na qual a pessoa se identifique, que proporcione prazer, e não participar de atividades físicas determinadas apenas pelo maior número de calorias gastas durante a execução do movimento ou porque os benefícios são, aparentemente, maiores. Nestas horas o importante mesmo é o prazer e o equilíbrio (Stadnik, 2001).

ESTRESSE E DOENÇA

“Existe uma ligação evidente entre o estresse e a doença, ligação esta tão forte que é possível prever a doença baseando-se na quantidade de estresse sofrida pelas pessoas, em suas vidas cotidianas” (Simonton, 1987, p. 50).

Já na década de vinte, Hans Selye estudava as emoções e demonstrou, através de seus estudos, que as emoções podem causar doença. Durante muitos anos os médicos puderam observar que há maiores possibilidades de ocorrer doenças após acontecimentos altamente estressantes. Uma escala foi desenvolvida pelo Dr. Thomas H. Holmes e seus associados na Washington School of Medicine. A escala está na figura 1 e o valor numérico corresponde, numa escala criada pelo Dr. Holmes à quantidade de estresse de um ser humano em resposta a determinados acontecimentos da vida de seus pacientes. Esta escala inclui acontecimentos que a maioria das pessoas classificariam como reconhecidamente estressantes, mas, por outro lado incluem acontecimentos extremamente agradáveis e felizes, mas igualmente estressantes, como por exemplo: casamento, suces-

so pessoal ..., que são acontecimentos, normalmente considerados, como agradáveis. Contudo, são acontecimentos que envolvem mudança, mudança no estilo de vida, nos hábitos, na auto-imagem, na forma de se relacionar com as pessoas. Em resumo, o ponto principal é a necessidade de adaptação à mudança, quer esta mudança seja positiva ou negativa (Simonton, 1997).

O resultado da utilização desta tabela é que Homes e seus colaboradores foram capazes de prever o aparecimento de algumas doenças com um alto grau de exatidão estatística. Segundo a pesquisa 49% das pessoas pesquisadas que obtiveram mais de 300 pontos na escala, num período de doze meses, declarou ter estado doente durante a pesquisa e apenas 9% dos entrevistados, que estavam com menos de 200 pontos, ficou doente, no mesmo período. Um outro estudo realizado demonstrou que no período de doze meses as pessoas que apresentavam um total de pontos localizados no terço superior declararam terem ficado 90% mais doentes do que o pessoal que se situa no terço inferior (Simonton, 1997).

Figura 1: Escala de Avaliação e Readaptação Social

Acontecimento	Valor
Morte de cônjuge	100
Divórcio	73
Separação judicial	65
Prisão	63
Morte de familiar próximo	63
Acidente ou doença	53
Casamento	50
Demissão do trabalho	47
Reconciliação de separação	45
Aposentadoria	45
Mudança de saúde de familiar	44
Gravidez	40
Dificuldades sexuais	39
Chegada de um novo membro familiar	39
Mudança no trabalho	39
Mudança de status financeiro	38
Morte de amigo próximo	37
Mudança de setor de trabalho	36
Brigas conjugais (aumento de)	36
Hipoteca ou empréstimo de mais de 10.000 dólares	31
Término de hipoteca ou empréstimo	30
Filho ou filha deixando a casa	29
Mudança de responsabilidade no trabalho	29
Problemas com a família do cônjuge	29
Sucesso profissional extraordinário	28
Conjuge começa ou pára de trabalhar	26
Início ou final da faculdade	26
Mudança de condição de vida	25
Revisão de hábitos pessoais	24

Problemas com o chefe	23
Mudança de condições ou horário de trabalho	20
Mudança de local de residência	20
Mudança de escola	20
Mudança de hábitos recreativos	19
Mudança de atividades religiosas	19
Mudança de atividades sociais	18
Hipoteca ou empréstimo inferior a 10.000 dólares	17
Mudança de hábitos de sono	16
Mudança nos hábitos de encontros familiares	15
Mudança de hábitos alimentares	15
Férias	13
Período de festas natalinas	12
Pequena infração à lei	11

Fonte:Homes (*apud* Simonton, 1997, p. 51 e 52)

Resumindo, através desta pesquisa pode-se observar que o estado emocional do indivíduo, a qualidade de estresse que ele carrega, está intimamente ligada à doença, ao aparecimento das enfermidades.

É importante lembrar que a importância de cada acontecimento, mesmo estressante, depende, principalmente, da maneira com que cada indivíduo lida com ele. Por exemplo, a perda de um emprego quando se tem vinte anos é, em geral, encarada de forma bem menos estressante do que se a pessoa já passou dos cinquenta anos de idade. Também o estresse pode acabar acumulando-se e chegar num ponto em que o ser humano perde o domínio e já não consegue lidar bem com o que está acontecendo, acabando por ficar doente (Simonton, 1997). Na verdade a relação entre o estresse e a capacidade de lidar com ele é extremamente complexa e variável entre os indivíduos e em muitos casos as pessoas não conseguem resolver os problemas sozinhos, necessitando de ajuda externa (médicos, psicólogos, recreacionistas, etc...).

Para Castillo (2001, p.19), “o que estava faltando nas pesquisas realizadas para torná-las mais aceitáveis por parte da comunidade médica era a identificação com um mecanismo fisiológico específico pelo qual os estados emocionais contribuissem para o aparecimento da doença”. Como isto realmente funciona fisiologicamente? (isto mereceria um estudo mais aprofundado da fisiologia, um trabalho específico). Seria preciso estudar mais a fundo esse fenômeno, pois o sistema nervoso humano é produto de milhões de anos de evolução e as exigências antes feitas a esse sistema nervoso eram muito diferentes das exigências feitas agora, das exigências feitas atualmente pela moderna civilização (Castillo, 2001).

O corpo humano foi planejado para ter reações de luta e de fuga, em resposta aos momentos de intenso estresse, pois disso dependia a sobrevivência nas sociedades primitivas. Hoje, a vida moderna obriga as pessoas, frequente-

mente, a inibir essas respostas de luta e/ou de fuga. Não se pode lutar ou correr em fuga a cada problema que se apresenta, não é “socialmente aceitável”, o aceitável “;e que “encaremos”os problemas de frente, sem recuar nem brigar, com muita “classe”. “Durante todo o dia anulamos nossas respostas corporais ao estresse” (Castillo, 2001, p.55).

Segundo Simonton (1997), as mudanças hormonais que ocorrem em função do estresse podem chegar a causar um desgaste nas paredes das artérias, o que pideria desencadear uma reação bastante forte, inclusive motivando uma arteriosclerose. Este é um exemplo de um dos efeitos físicos do estresse.

CONCLUSÃO

Depois de muito tempo acreditando e apostando que o desenvolvimento tecnológico seria a cura para todos as doenças do mundo, a ciência (medicina), finalmente, se rende e começa a buscar comprovações para o fato de que as emoções, o estado afetivo do ser humano, seus sentimentos, podem sim estar diretamente ligados à saúde. Por isso, o tratamento médico não pode ver o indivíduo com os olhos apenas na doença, mas sim começar a vê-lo como um ser humano total: corpo físico, emoção, alma.... , tudo isto é o ser humano.

Já desde muito tempo, a medicina chinesa, por exemplo, traz esse conceito de associar a saúde ao estado emocional do indivíduo; agora, os ocidentais também começam a acreditar, buscando, através de pesquisas, informações a respeito do ser humano indivisível.

É inegável a relação do emocional com a doença e, acredita-se que só se pode conseguir “tratar” a pessoa doente quando passar a “enxergá-la”, no sentido mais amplo da palavra, e não apenas “vê-la”, como um corpo dividido, que precisa ser tratado por partes e não como um todo. É iminente a necessidade de uma visão globalizada do ser humano quando se fala em tratamento médico.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

BARTH, N.A. A saúde como ferramenta estratégica na formação de cidadãos com especialidade na área tecnológica. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

JOVTEI, E.G. Qualidade de vida e o ensino tecnológico: uma experiência de pesquisa. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

VARGAS, A (coordenador e outros). Reflexões sobre o corpo. Rio de Janeiro: Sprint, 1998. p.129-135.

- SIMONTON, O.C. Simonton, S.M. Creighton, J.L. Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: 1997. Summus p.15-60.
- MEROLLI JUNIOR, R, Rossa, E.A. CO-morbidade dos transtornos afetivos: estudo epidemiológico de uma amostra populacional de pacientes hospitalizados. Arquivo Brasileiro de Medicina. Campinas, 71 (5): 190-2, set.-out. 1997.
- CORDERO, F.A. Factores de riesgo de intento del suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencias de cinco hospitales generales del Municipio de Managua: agosto – octubre 2000. Tese (Especialización en Pediatría) – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua.
- MATOS E SOUZA, F.G, Ribeiro, R.A, Silva, M.S.B, Ivo, P.S.A, Lima Junior, V.S. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, 27(4): 207-14, jul. – ago. 2000.
- TELLO, A, Cañarte, T. Estudio retrospectivo de pacientes depresivos en el Hospital Carlos Andrade Marín. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde. 2000.
- STERNBERG, E. The balance within: the science connecting health and emotions. National Institute of Mental Health. Maryland, 2001.
- STADNIK, A.M.W. A importância do lazer criativo dentro da perspectiva dos novos mercados de trabalho. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.
- CASTILLO, M.A. Comportamiento clínico y epidemiológico de las enfermedades neoplásicas malignas en niños menores de 15 años atendidos en los Hospitales Manuel de Jesús Rivera y Antonio Lenín Fonseca, en el período 1996-1999. 2001. Tese (Especialización en Pediatría) – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua.