

A DIMENSÃO ESPIRITUAL NA MEDICINA

Paul Tournier *

Para começar, gostaria de agradecer-lhes pela recepção carinhosa que me dispensaram. Acompanho com grande admiração as publicações da Comissão Médica Cristã. Os seus horizontes são muito amplos. Percebo, entretanto, um contraste interessante entre o seu trabalho e o meu. A CMC está aberta para o mundo todo, enquanto eu sou um homem da intimidade. A experiência que tenho para lhes oferecer vem da intimidade de uma lareira, onde as pessoas trocam confidências.

Como cristão sempre tentei entremear minha fé com a prática de minha profissão. Mas só quando cheguei à meia-idade, por volta dos 40 anos, descobri realmente meu caminho. Foi então que meus livros começaram a ser publicados e muitos colegas disseram-me que também eles gostariam de combinar, de alguma forma, sua convicção cristã com a prática médica. Não é fácil combinar essas duas coisas. Falamos da fé em encontros religiosos, mas praticamos a medicina do jeito que aprendemos na escola de medicina.

No ano passado, estive fazendo conferências no Japão. Depois de uma conferência em Kyoto, fomos visitar alguns templos budistas e tive a oportunidade de falar com o Dr. Kuma, de Kobe. Disse-me ele que seu pai tinha sido um médico famoso e, por isso, ele próprio teve de se esforçar muito para criar reputação própria. Afinal conseguiu, abriu sua grande clínica e então, há dez anos, disse a si mesmo que tinha conseguido o que queria. Mas começou a sentir ansiedade, como se sua aventura de viver tivesse acabado, pois tinha caído na rotina. A conselho de um colega, o Dr. Kuma visitou o Instituto Jung, em Zurique, onde começou uma nova aventura, quando descobriu o que ele chama de "a segunda dimensão de medicina". Deu-se conta de que em todas as doenças que seus pacientes descreviam há um lado psicossomático.

"... a medicina da pessoa integral..."

Mais tarde, o mesmo colega sugeriu ao Dr. Kuma que lesse alguns escritos de Paul Tournier. Ele leu todos os meus livros publicados no Japão e descobriu que a medicina tem uma terceira dimensão.

Nem por isso, esse psiquiatra japonês se tornou monge budista. Mas se deu conta que não existe apenas um lado físico e psicológico em cada paciente, mas também um lado espiritual. (O Dr. Kuma percebeu a relação íntima que existe entre o corpo e a alma e entre a medicina física, no sentido clássico, e o problema da fé religiosa.) Eu fiquei

encantado de ouvir este colega japonês falar sobre as três dimensões da medicina.

Mas o que é esta terceira dimensão? Meu amigo, Dr. Lindeboom, da Universidade de Amsterdam, sugeriu que falássemos de "medicina psicossomática espiritual". A palavra "psicossomático" foi criada para identificar doenças causadas por fatores psicológicos. É verdade que me preocupo muito com a influência da vida espiritual da pessoa sobre a doença. Mas eu tinha serias objeções à sugestão do Dr. Lindeboom – que ele aceitou plenamente – porque não acredito que possamos falar em três partes do Homem. Já é uma infelicidade que tenhamos separado o corpo da alma. Mas as coisas pioram ainda mais se pusermos o espírito em oposição ao corpo e à alma e, depois, procurarmos unir estas três realidades. Ao invés de dividir o Homem em três partes, deveríamos procurar um significado para o *todo*. A medicina tornou-se muito especializada; estudar e combinar todas as especialidades não passa de um sonho. Você pode ser cardiologista, reumatologista, psicólogo, tudo de uma só vez, mas ainda assim, não terá o quadro completo. É este sentido do todo que a medicina acabou quase perdendo, e é o preço do grande progresso da medicina tecnológica, analítica. A medicina psicossomática, por enquanto, não passa de uma disciplina puramente científica; é objetiva e este tipo de médico se preocupa em analisar a relação entre a alma e o corpo e o que separa os dois.

"A terceira dimensão da medicina – a dimensão espiritual – é uma dimensão de relacionamentos"

Para ter o quadro completo de uma pessoa, o médico precisa estabelecer um relacionamento pessoal com ela como um ser integral. Esta terceira dimensão da medicina – a dimensão espiritual – é, portanto, uma dimensão de relacionamento. O espiritual em nós é a nossa necessidade de relacionamento – com o próximo, com a natureza, com a sociedade e com Deus. Esta é, creio eu, a definição mais ampla de vida espiritual. É o que faz de nós uma pessoa real – não o nosso corpo ou a nossa psique ou outra coisa qualquer. O Professor Siebeck, de Heidelberg, definiu esta dimensão espiritual como *interpelação*, pela qual o Homem é chamado por Deus a prestar contas de si mesmo e é isto que o faz sentir-se pessoa na presença de Deus.

"Através do meu relacionamento com o próximo, eu também sinto que sou uma pessoa".

Sempre procurei estabelecer um relacionamento pessoal desse tipo com meus pacientes. Podemos discutir com objetividade muitas

coisas – como ciência, política ou economia. Com isso você não corre nenhum risco pessoal. Até que você não fale com alguém de sua vida pessoal, você não se envolve realmente. Existe algo de recíproco no relacionamento pessoal.

Segundo o filósofo judeu, Martin Buber, são possíveis dois tipos de relacionamento: *Eu e Aquilo/ Eu e Tu*. No primeiro tipo, o *Eu* é o observador de um objeto e faz do objeto uma *coisa*. Neste caso torna-se muito difícil perceber a *pessoa* num paciente. Nele tudo é um objeto a ser observado: sua vida espiritual vista como uma forma de filosofia. Mas Martin Buber fala do segundo tipo de relacionamento: *Eu – Tu*. Já não é um relacionamento de sujeito-objeto, mas de sujeito para sujeito. É um relacionamento pessoal. Para alcançá-lo, o médico precisa esquecer um pouco sua atitude científica. Na civilização moderna, vivemos num mundo de *coisas*.

Estou lendo um livrinho chamado *“Psychotherapeutic Dynamics of Bewitched Patients”* (Dinâmica Psicoterapêutica de Pacientes Africanos Enfeitiçados), escrito por um teólogo do Zaire, Ma Mpolo Masamba. Nele há uma afirmação marcante: “Vocês médicos ocidentais, tratam de *coisas* e nossa medicina africana trata de *pessoas*”. Ele se fez a mesma pergunta que também eu me faço e tem consciência de que um médico precisa aprender a se abrir. Pertencemos a uma civilização tecnológica e estamos acostumados a ver tudo objetivamente. Receio que nos países em desenvolvimento haja um diálogo de surdos entre as pessoas de pensamento ocidental, por um lado interessadas em *coisas* – isto é, nos fenômenos objetivos que a medicina ocidental estuda – e, por outro, as pessoas nativas, interessadas em *pessoas*. O ocidental busca explicar que a relação causar é objetiva, enquanto o nativo vê relacionamentos e o significado místico que lhe é inerente. No Ocidente, a pessoa doente é afastada da família e internada num hospital, onde passa de uma máquina para outra, num mundo de coisas e de aparelhos. Por tradição, em certos países subdesenvolvidos tratam da pessoa doente em sua própria tribo; tratam de seus relacionamentos interpessoais e, como aprendi no livro do Dr. Masamba; tentam ajudá-lo a resolver, sejam quais forem, os problemas que tenha com sua família e seus vizinhos. São duas perspectivas totalmente diferentes: a perspectiva mecânica, que se preocupa apenas com as *coisas* imediatas e objetivas, e a perspectiva espiritual, que dá atenção aos relacionamentos entre as pessoas. Não é fácil passar de uma atitude objetiva para uma atitude subjetiva. Há mais de trinta anos, me reúno com médicos que tentaram fazer esta passagem. Eles integram o chamado Grupo Bossey, que leva o nome do Instituto Ecumênico Bossey*, onde nos conhecemos inicialmente. O Grupo Bossey tenta

impulsionar o conceito de medicina da *pessoa*, estudando o Homem como um todo.

“Se um médico quiser estabelecer um relacionamento pessoal deve operar uma mudança dentro dele mesmo”.

Como sabem, os médicos gostam de falar. Eles poderiam falar anos a fio sobre o Homem, de modo bastante acadêmico. Poderiam falar da anatomia do cérebro, da psicologia de Jung e assim por diante – de maneira muito agradável e muito interessante. Mas nada acontece para os próprios médicos enquanto se limitam a falar. Se quiserem estabelecer um relacionamento pessoal, devem operar uma mudança dentro de si mesmos. Discutir não muda nada. Trata-se de um simples exercício intelectual e o intelecto ainda pertence ao domínio das *coisas*. Os médicos, portanto, precisam fazer mais do que discutir. Precisam ter experiência pessoal de relacionamento pessoal. Foi por isso que, no Grupo Bossey, concordamos que durante o dia podemos discutir sobre o nosso trabalho médico, mas que, à noite, devemos falar sobre coisas pessoais – por exemplo, por que nos tornamos médicos. Quando foi que estivemos doentes? Quais são nossos problemas, nossas dúvidas, nossos fracassos, nossos arrependimentos? Que conflitos temos com nossas esposas ou filhos? Os médicos já sabem que se forem para uma reunião do Grupo Bossey, os outros esperam que falem de sua vida pessoal. Muitos médicos nunca se atreveram a participar porque estavam com muito medo. Isto mostra como o médico se esconde por trás de atitudes objetivas que lhe permitem manter uma fachada científica, enquanto deixa seus problemas pessoais escondidos. Durante anos, pude observar médicos famosos que, apesar de fazerem conferências no mundo inteiro, quando estão sozinhos com outros no pequeno ambiente particular, encontram-se face a face com um branco, ficam sem palavras. Toda a nossa educação e escolaridade, desde o jardim da infância, orientaram-nos para sermos objetivos. Achamos difícil e até temos medo de ser subjetivos e pessoais. Eu, certamente, me sinto assim. Sou bastante tímido. Talvez por isso percebo como é difícil. É aqui que a terceira dimensão da medicina desempenha seu papel: quando nos abrimos para as outras pessoas, ou para outra pessoa.

Eu já não dirijo o Grupo Bossey, pois já sou velho. Os colegas mais jovens que assumiram o cargo são mais ousados do que eu. Na última reunião do grupo, realizada na Áustria, ficou decidido que não haverá mais conferências e debates profissionais, mas conversas a um nível pessoal, e não só à noite, mas também durante todo o dia, para que nos aproximemos realmente uns dos outros. Isto

exigiu muita coragem. Mas a renúncia foi um êxito e todos afirmaram que nunca tinham tido uma experiência como aquela. Sem conferências e sem debates. Só estudo da Bíblia, troca de experiências pessoais e abrir-se um para o outro. (O Grupo Bossey sempre quis enfatizar o problema do relacionamento pessoal entre médico e paciente, bem como os problemas de nossos relacionamentos com o próximo, com a natureza e com Deus.).

“... o problema de significado...”.

Depois, há o problema de *significado* – o significado da vida, o significado da morte, o significado da doença, o significado da saúde, da cura, o significado da vida das pessoas de cada um. São problemas que a ciência não pode resolver. A única resposta que a ciência pode dar é probabilidade ou risco. O Prêmio Nobel, Jacques Monod, disse que, para a ciência, só existem probabilidade e necessidade – a necessidade de leis naturais e a chance de variações que trazem algo novo de tempos em tempos. Risco é o Deus que os homens de ciência adoram. É por isto que Lecomte du Noüy, que trabalhou nos EUA durante muito tempo, chamou Deus de “anti-risco”. É o nosso relacionamento com Deus que dá um significado a tudo. Se Deus não existe, então nada faz sentido. A imagem de uma roda girando é a visão científica do mundo – uma coletânea de fenômenos que vai girando indefinidamente ao longo de uma trajetória da causalidade. Espiritualidade significa procurar relacionamentos e reconhecer que é nosso relacionamento com Deus que dá sentido à natureza.

“Espiritualidade significa procurar relacionamentos e reconhecer que é nosso relacionamento com Deus que dá sentido à natureza”.

Todo mundo está preocupado com o problema do significado. Quando alguém fica doente, a primeira coisa que pergunta é: “O que foi que fiz a Deus para ele me fazer ficar doente assim?” Tal pessoa pode não acreditar em Deus, nem no Demônio. Mas a primeira idéia que lhe vem à cabeça quando fica doente é a de que foi uma punição de Deus, já que todo mundo se faz perguntas sobre o significado das coisas. Perguntamos se a doença que se abateu sobre nós tem um significado. Mas é justamente o ponto de vista objetivo, científico, que nega qualquer significado. As pessoas com esta visão do mundo dirão que a doença não passa de mero acidente. Mas o Homem tem uma intuição que lhe diz que a doença não é realmente acidental, que somos mais ou menos responsáveis por nós mesmos e que este sentimento de responsabilidade dá significado às nossas vidas. Um psicólogo muito famoso no momento enfatiza este ponto. Seu nome é

Victor Frankl, e ocupa a mesma cátedra que Sigmund Freud ocupou na Universidade de Viena. Frankl diz que no tempo de seu ilustre predecessor, a repressão sexual era o mal da época. Mas o mundo mudou muito desde os tempos de Freud. Este tipo de repressão já não é um problema tão grande. De fato, a sexualidade está sendo muito bem expressa. Mas reprimimos outras coisas. Fingimos ignorar a questão do significado de nossa existência. Mas mesmo assim, todos se fazem a mesma pergunta. Esta pergunta, como vocês sabem, preocupou Camus, quando recontou a lenda de Sisifo, o herói grego forçado a rolar constantemente uma enorme pedra montanha acima e, toda vez que chegava ao topo com a pedra, ela tornava a cair. Seria isto a vida – um esforço imenso e perpetuo que não leva a lugar algum? Somente a fé pode dar-nos a visão de um significado objetivo para a vida e um significado para a doença, para a enfermidade e para a morte.

Em nosso Grupo Bossey, havia um professor alemão, Dr. Jores. Quando, há alguns anos, foi nomeado Reitor da Universidade de Hamburgo, em seu discurso de posse falou sobre o significado da doença. Fazer um discurso desses naquele ambiente tão acadêmico foi como soltar uma bomba. De repente, alguém estava dizendo algo nado objetivo, levantando uma questão de consciência. Dr. Jores teve a coragem de dizer que, quanto mais refletimos, tanto mais podemos perceber um significado e a intenção de Deus. Falou também do conceito bíblico da Queda e disse que a doença do Homem é um sinal de que caiu ao se afastar da ordem de Deus. Frankl vê isto como o problema do Homem moderno. Não sabe por quê existe e se pergunta se os seus esforços vão dar um algo ou não. Frankl fala de um vazio existencial.

Realmente, o existencialismo trata de nosso relacionamento com os outros, que é, na verdade a doença de nosso tempo: o fato de milhões de pessoas, sobretudo no mundo ocidental, não mais saberem por quê existem. E isto é suficiente para deixar qualquer um doente. Certamente, muitas pessoas doentes expressam seu desespero através de sua doença. Estou lendo um relatório escrito pelo Presidente da Sociedade dos Psicanalistas Suíços. O relatório aborda o significado do desespero. Vivemos num mundo de desespero, todo ele ligado ao problema de significado. Frankl diz, por exemplo, que as pessoas já não coram diante da sexualidade. Elas coram diante da religião.

“A terceira dimensão da medicina é ajudar nossos pacientes a se tornarem pessoas, a se conscientizarem de sua responsabilidade por si mesmos”.

Portanto, a terceira dimensão da medicina é ajudar nossos pacientes a se tornarem *pessoas*, a se

conscientizarem de sua responsabilidade por si mesmos. Na medicina puramente técnica, eles entregam nas mãos de médicos a responsabilidade por suas próprias vidas. Na medicina tridimensional, eles se tornam novamente responsáveis por si mesmos e tudo readquire um significado. Em outras palavras, perguntamos a nós mesmos o quê Deus nos está dizendo através da doença.

Uma vez pedi aos médicos do Grupo Bossey que relatassem algumas de suas experiências de quando estiveram doentes. É sempre interessante ouvir os médicos falarem de sua experiência neste campo, porque eles têm tantos problemas pessoais quanto seus pacientes. E, finalmente, existe sempre o problema da morte.

“... quando a morte está próxima, o problema dos relacionamentos se apresenta realmente. É então que surge a necessidade de um relacionamento pessoal entre o paciente e o médico...”

Os médicos têm complexo no tocante à morte. Sua vocação é de manter a morte distante e, quando isto já não é possível, sofrem uma ansiedade horrível. Um de meus colegas contou-me que, ao fazer suas rondas no hospital, ao invés de entrar no quarto de um paciente que está morrendo, pede o prontuário à enfermeira, porque não agüenta ficar sozinho com alguém por quem não pode fazer mais nada. É claro que isto acontece quando a medicina tem apenas duas dimensões temporais. Entretanto, é no momento em que a morte se aproxima, que o problema do relacionamento e do significado da vida realmente se apresenta. É então que há necessidade de um relacionamento pessoal entre paciente e médico e que o médico acompanhe seu paciente até o fim. Isto é amor espiritual.

Dr. Tournier disse a seguir que responderia a perguntas. Aqui estão alguns pontos de interesse das perguntas e respostas:

P. O senhor mencionou que, na África, a pessoa é tratada como um todo e não é vista como uma coisa. Mas na África ainda existe um forte sentimento de comunidade, que nós já não temos. Como o senhor inseriria a terceira dimensão da medicina na sociedade ocidental industrializada?

“O que a sociedade mais precisa é encontrar novamente o sentimento de comunidade”.

R. A sociedade ocidental moderna é fruto de uma civilização puramente objetiva, unilateral e tecnológica e a falta de relacionamentos pessoais constitui a doença desta civilização. Se somos incapazes de estabelecer relacionamentos pessoais

com nossas esposas e nossos pacientes, também não conseguiremos ter esse tipo de relacionamento com a sociedade. Mas o que a sociedade mais precisa é encontrar novamente o sentimento de comunidade. Podemos ver, ao redor de nós, que continuam surgindo pequenas comunidades, não grandes organizações administrativas como as igrejas, mas pequenos grupos de pessoas que mantêm relacionamento pessoas entre si. O movimento carismático se baseia nisto. Estas pequenas comunidades são talvez um pouco frágeis, mas todas demonstram a necessidade que sente a nossa sociedade, principalmente a juventude, de recuperar o sentimento de comunidade do qual a nossa sociedade tecnológica é carente.

P. No passado, a maioria das pessoas tinha a possibilidade de morrer em casa, entre os membros de sua família, o que atualmente parece um luxo. Agora, no momento crítico em que a morte se aproxima, são levadas para um hospital. Isto constitui um empobrecimento, tanto para a família quanto para a pessoa que está morrendo. O que o senhor acha, Dr. Tournier?

“No passado, as pessoas nasciam numa família e morriam entre os seus familiares. Hoje, nascemos num mundo de coisas e morremos em meio a um mundo de coisas”.

R. No passado, as pessoas nasciam numa família e morriam entre os seus familiares. Hoje, nascemos num mundo de coisas e morremos em meio a um mundo de coisas. Acho que isto é muito triste. É sinal que não damos suficiente importância aos relacionamentos. Perdi minha esposa há quatro anos. Estávamos em Atenas, onde eu fazia conferências para um grupo americano, e ela teve um enfarte. Passou um mês no hospital, em tratamento intensivo. A medicina técnica era necessária. Não é possível um tratamento intensivo em casa. Por isso, ela passou esse tempo no hospital. Felizmente, um dia melhorou o suficiente para ter alta, embora ainda não pudesse viajar de avião para Genebra; então voltou para o hotel comigo e passamos juntos os últimos três dias de sua vida, sem nos separar. Conversávamos um pouco, ficávamos em silêncio muito tempo e **rezávamos (orávamos)** juntos. Falamos de sua morte exatamente dez minutos antes dela morrer. Eu me sentia feliz por ela ter saído do hospital, embora eu a tivesse visitado todos os dias. Morreu ali, comigo. Consciente que estava morrendo, conseguiu expressar ser medo da morte – um medo normal, que as pessoas deveriam ser capazes de expressar – como também deveriam ser capazes de expressar sua esperança na ressurreição, o que ela fez de modo tocante. Disse-me que se tivesse morrido um mês

antes, já estaria no céu e “poderia conhecer seus pais, que nunca conheci”. Sempre teve consciência de ter casado com um órfão, cujos pais nunca conheceu, e só no céu conheceria. Eu lhe respondi muito naturalmente: “Bem, quando chegar no céu, meus pais lhe agradecerão por ter sido a esposa que você foi para o filho deles”. Estas foram as últimas palavras que disse à minha esposa. Cinco minutos depois estava morta.

(Houve um longo silêncio). Como estão vendo, ninguém mais se atreve a fazer perguntas, porque me tornei um pouco pessoal. Vocês podem sentir isto muito bem – existe um certo desconforto quando alguém se torna pessoal. Perturba a nossa maneira de pensar. Mas precisamos introduzir relacionamentos e sentimentos pessoais neste mundo impessoal. Precisamos trazer de volta o relacionamento pessoal nos hospitais e nos consultórios médicos, nas salas de estar e nas cozinhas.

P. A única coisa inevitável na vida é a morte, mas, para muitos de nós, é difícil falar sobre este assunto. As pessoas não falam muito sobre isso na igreja. Por que nós, cristãos, que acreditamos na ressurreição, achamos tão difícil falar sobre a morte?

R. Estou convencido que a ansiedade que as pessoas sentem diante da idéia da morte é bastante natural. Nos países em desenvolvimento a idéia de morte está muito mais presente. Todos os sociólogos dizem isto. Aqueles que já se foram ainda fazem parte de sua tribo, tanto quanto os vivos. Todo tipo de cerimônias e comemorações une as pessoas da tribo com seus ancestrais. Do ponto de vista psicológico trata-se de uma atitude muito mais saudável que a nossa. Eles aceitam a morte como um fato natural. Nós, do ocidente, temos um grande orgulho de nossas conquistas tecnológicas. Entretanto, não há desenvolvimento tecnológico que possa eliminar a morte. Por isso, nossa civilização esconde a morte. O médico declara que quer aliviar o paciente. Balint pergunta: “Quem aliviamos? O paciente ou o médico?” Aliviamos, mais que o necessário, para abafar nossa própria ansiedade. Para a nossa civilização orgulhosa a morte é como uma bofetada no rosto. É uma civilização que tentou esquecer os limites divinos da vida humana. Como podemos ir longe com nosso progresso tecnológico – para a lua, para a hereditariedade artificial? Nisto há um sonho de onipotência. Desafiamos Deus e vivemos dentro deste desafio. A medicina está intimamente ligada a esta civilização fútil, científica. Portanto, há uma grande ansiedade quando o médico se vê importante diante da morte.

P. O senhor não acha que a nossa tendência protestante de eliminar o velório é errada? O senhor não acha que seria melhor, psicológica e emocionalmente, para as pessoas manter este costume? No sul da Espanha, tive a oportunidade de participar de um velório em que a família, vizinhos e amigos passaram a noite acordados e choravam e estavam juntos na presença da pessoa morta. Mas em Genebra tenho uma amiga de 59 anos que nunca viu uma pessoa morta. Já me pediu que, quando o seu marido morrer, eu vá fechar-lhe os olhos, porque acha que não terá coragem.

R. Você leu o livro de Dr. Raymond Moody, *A Vida Depois da Vida*? Ele entrevistou pessoas que estiveram clinicamente mortas e voltaram à vida depois de várias intervenções médicas. Naturalmente, elas não foram realmente para o além, porque são pessoas que voltaram à vida. Mas deram um verdadeiro passo em direção à vida no além. Chamo muito a atenção para o fato de que durante os minutos que seguem à morte, fica uma consciência que permanece após a morte clínica. Todas as testemunhas foram concordes neste ponto. Estas pessoas, que aos olhos do médico pareciam mortas, disseram que durante esse tempo tinham a impressão de estar flutuando no teto. Percebiam os médicos e enfermeiras debruçados sobre seu corpo e escutavam o médico dizer: “Ele está morto”, e também o que as enfermeiras diziam. A consciência, portanto, persiste também depois da morte, mesmo antes que a porta para o além se abra. Isto me traz de volta à pergunta sobre o velório. Eu ainda não tinha lido o livro de Moody quando minha esposa morreu; mas, depois que li o livro, tive a impressão de que ela deve ter tido consciência de meus primeiros gestos, quando telefonei para um colega para dizer-lhe que ela tinha morrido. Certamente ela ouviu isto. Existe, portanto, uma transição entre a vida e o além. Não podemos perceber-la, mas existe um certo intervalo entre os dois. Acho que a tradição do velório é sagrada. De qualquer forma, espero não morrer num hospital, mas em casa, entre meus familiares, e saberei que as pessoas sabem que eu sei que elas sabem e assim por diante...

P. À vista do que o senhor disse sobre o relacionamento pessoal e a partir dos debates do Grupo Bossey, o que dizer sobre o ambiente físico dos médicos? Ele deve ser transformado – os hospitais, por exemplo, os consultórios – para que os relacionamentos pessoais possam se estabelecer mais facilmente?

“... o médico deveria entender a importância de se abrir mais e de se tornar acessível e criativo nos relacionamentos pessoais”.

R. Acho que existe relação entre os dois: a primeira é o desenvolvimento pessoal do próprio médico – que ele entenda a importância de se abrir cada vez mais e de se tornar acessível e criativo nos relacionamentos pessoais. Podemos observar que os médicos que tiveram uma experiência deste tipo já não trabalham da mesma maneira, seja em hospitais ou em qualquer outro lugar. Existe um certo contágio do espírito pessoal. Mas, como você diz, isto deve ter repercussões tangíveis na organização das coisas materiais. Já vi um médico abandonar uma posição importante num hospital para trabalhar numa clínica muito menor, onde as pessoas podiam estar mais perto uma das outras. É uma questão de tendência pessoal de cada um. Reconheço que é tarefa muito difícil introduzir relacionamentos mais pessoais na organização de nossos hospitais modernos do Ocidente. Estamos ainda no estágio experimental e não ao nível de perfeição tecnológica e, portanto, não podemos sugerir uma solução. Mas precisamos da experiência específica de médicos que se dão conta de que a medicina é muito mais profunda se nos preocuparmos com a medicina da pessoa como um todo – a totalidade da pessoa.

P Para mim é difícil aceitar a idéia de que existe um significado divino na doença. O Novo Testamento está repleto de fatos de cura e não é fácil entender isto. Às vezes, a doença parece um absurdo. Eu me pergunto o que os teólogos pensam sobre isto.

R. A palavra “absurdo” que você usou, é precisamente isto. As pessoas buscam um significado e facilmente imaginam que o único significado que a doença pode ter é que Deus está zangado e pune. Se você levasse o raciocínio até as últimas consequências eu, ao curar uma pessoa, estaria trabalhando contra Deus, que a castigou. Acredito que Deus é sempre favorável à cura e nós lutamos com Ele pela cura. Aqueles que conseguem encontrar o significado de sua doença, são os que se curam melhor. Quando a doença não tem qualquer significado, somente aumenta o sofrimento.

P. O senhor acha que a estrutura do ensino médico deveria ser mudada, ou é só questão de mudança individual?

R. Não acho que o relacionamento pessoal possa ser ensinado. Já me ofereceram cátedras universitárias para isso, mas nunca aceitei, dizendo que o relacionamento pessoal é algo que se transmite de pessoa e pessoa. Não pode ser ensinado e, de qualquer maneira, não sou a pessoa indicada para isso. Estamos começando a ensinar psicologia nas escolas de medicina, e já é tempo! Mas não se

pode ensinar a medicina da pessoa como um todo. Alguns professores têm boa sensibilidade do lado humano. Tive um professor dotado de um profundo sentimento. Mas isto não era ensinar, era transmitir.

P. O senhor acha que um cristão que trabalha em hospital secularizado pode comunicar esta atitude sem falar em Deus?

R. Não sei. Este é um problema pessoal. No fundo, temos que pedir a Deus que nos diga quando devemos falar e quando ficar calados. Muitas vezes falamos quando deveríamos calar ou calamos quando deveríamos falar. A pior coisa é sentir-se na obrigação de falar.

P. O que o senhor vê como responsabilidade e também como contribuição potencial da congregação neste tipo de enfoque personalizado, não somente em relação às pessoas, mas também em relação à comunidade de Deus e a comunidade mais ampla?

R. Não posso generalizar porque isto depende muito de cada congregação. Já fui membro de várias paróquias e aquela em que me senti mais à vontade dói a paróquia em que os líderes mantinham laços pessoais muito estreitos... Não eram só pessoas que, de fato, cultivavam laços pessoais. O relacionamento do pastor com os membros da comunidade é muito importante para a vida da igreja. Infelizmente, é nas igrejas que muitas vezes ficamos esquecidos. Já tratei o suficiente de pessoas da igreja para me dar conta de quanta agressividade e sentimentos negativos elas reprimem. Compreendi como o relacionamento se torna difícil, porque muitas críticas são encobertas com um sorriso. Algumas pessoas desataram a chorar depois de uma reunião na igreja porque todos os conflitos tinham sido calados, apenas para dar a impressão de que todos estavam em paz uns com os outros. A agressividade natural não era manifestada, mas reprimida e virava ansiedade. Eu mesmo receio os conflitos. Tento sempre ajeitar as coisas e isto faz com que piorem. Sei que o próprio Jesus teve momentos de ira muito saudáveis – ira divina, talvez. Meu filho já me disse que nunca teve ocasião de me confrontar porque eu nunca fico zangado. Sempre me orgulhei de não fazer zangado, e agora me dou conta que é um mal.

Publicado originalmente na Revista “Contact”, Abril de 1979.

Texto cedido por gentileza da Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial de Igrejas, representada no Brasil pela TAPS – Associação Brasileira de Tecnologia Alternativa na Promoção da Saúde. Caixa Postal 20.396 – CEP 04034-000 – São Paulo – SP