

O enfrentamento às condições crônicas sob a ótica do estoicismo: lições de Sêneca e Epicteto

Gerson Luis Schwab, Simone Tetu Moysés, Beatriz Helena Sottile França,
Renata Iani Werneck, Samuel Jorge Moysés,
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Brasil

Resumo: Esta pesquisa tem um enfoque teórico, baseada no princípio estoico de que felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas. É possível alterar a vontade para se adequar ao mundo e viver doente e feliz, em perigo e ainda assim feliz, afirmando um desejo individual completamente autônomo e determinista. Isto não pressupõe um fatalismo apático, mas sim uma resistência moral para melhor enfrentar as agruras da vida. Ao deparar-se com os revezes do destino um estoico acredita em sua extrema liberdade pessoal para aliar-se a esse determinismo quase absoluto. Tais princípios são coerentes com modelos de atenção à saúde para o fortalecimento e apoio às pessoas em condições crônicas. Foi realizada uma revisão bibliográfica de três importantes obras da Escola Estoica (*Encheiridion* e *The Discourses*, de Epicteto, e *Moral Letters to Lucilius*, de Sêneca). Foram utilizadas as palavras de busca “saúde, doença, escolha, disciplina”, com suas correspondentes em inglês, para a seleção dos textos, interpretados por análise do discurso. Buscou-se uma contribuição para a Saúde Coletiva, direcionada para o manejo das condições crônicas, a epidemia silenciosa do século XXI. Como resultados são apresentados alguns princípios convergentes com noções de autocuidado e cuidado compartilhado, focados principalmente na autonomia e disciplina da pessoa usuária para monitorar a sua saúde. Propõe-se a aplicação desses princípios aos programas de atenção às condições crônicas, seja para portadores de doenças ou pessoas em condições especiais de saúde, tais como adolescência, incapacidades, gravidez, etc. Sob este ponto de vista esses princípios poderiam ser estendidos aos profissionais de saúde, pois sua rotina de trabalho também caracteriza uma condição crônica. Disso poderiam beneficiar-se indivíduos, sistemas de saúde e a sociedade como um todo.

Palavras-chave: condições crônicas, Ciências Humanas, filosofia, autocuidado, disciplina

Abstract: This research has a theoretical approach based on the stoic principle that happiness and self-fulfillment are natural consequences of right attitudes. It is possible to change the will to suit the world and live sick and happy, in peril and yet happy, stating an individual desire completely autonomous and deterministic. This presupposes not an apathetic fatalism, but a moral resistance to better face the hardships of life. When faced with setbacks of destiny a stoic believes in an extreme personal freedom to ally with this almost absolute determinism. These are congruent principles to health care models for strengthening and supporting people in chronic conditions. A literature review of three important works of the Stoic School (*Encheiridion* and *The Discourses*, by Epictetus, and *Moral Letters to Lucilius*, by Seneca) was performed. The search words "health, disease, choice, discipline," with its English correspondents, were utilized for the selection of texts, interpreted by discourse analysis. It was sought a contribution to Public Health towards the management of chronic conditions, the silent epidemic of XXI century. As results some principles are presented converging to notions of self-care and shared care for chronic conditions, primarily focused on the autonomy and discipline of users to manage their health. It is proposed the application of these principles to treatment planning in programs for chronic conditions, whether for ill patients or in special conditions of health, such as adolescence, disabilities, pregnancy, etc. Under this point of view these principles could be extended to health professionals because their work routine also features a chronic condition. That could benefit individuals, healthcare systems and society as a whole.

Keywords: Chronic Conditions, Human Sciences, Philosophy, Self-Care, Discipline



Introdução

A contribuição das Ciências Sociais e Humanas para a saúde coletiva percorreu uma trajetória epistemológica e política. Em diversos países essas ciências estiveram presentes na saúde desde a década de 1930, mas na América Latina só começaram a ser incorporadas nos anos de 1960. A instituição da Saúde Coletiva, representando uma ruptura com o paradigma biomédico então hegemônico, incorporou as Ciências Sociais ao estudo do processo saúde-doença. Depois disso esse paradigma passa a ser interrogado a partir de novos referenciais, e o corpo biológico transforma-se também em corpo social. O reconhecimento de que o processo saúde-doença não pode ser considerado apenas um fenômeno objetivo e mensurável, pelo fato de que acontece em um complexo mundo social, foi a principal justificativa para a necessidade das Ciências Sociais e Humanas na saúde (Minayo, 1992).

Esta necessidade aliou-se, no Brasil, às lutas pela redemocratização, centradas nas políticas de saúde que subsidiaram a Reforma Sanitária, e na década de 1980 viriam a se consubstanciar no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos de 1990 uma vertente de cunho socioantropológico enriqueceu a Saúde Coletiva com diferentes temas, tais como as representações sociais de saúde-doença, as racionalidades médicas alternativas, os aspectos simbólicos e culturais das práticas em saúde, o enfoque qualitativo da pesquisa social, o corpo e seus significados, entre outros. Embora persistam alguns conflitos, hoje as Ciências Sociais e Humanas estão mais consoantes com as novas exigências do conhecimento em saúde e a complexidade da vida humana. Essas convergências produzem demandas e informações aproveitadas por ambas as partes, com a interdisciplinaridade e a intersectorialidade como caminhos para sua compreensão (Nunes, 2003).

Parte dessa compreensão está baseada em análises macroestruturais, com apoio da sociologia e da ciência política, que passaram a predominar nos programas das ciências sociais incorporadas aos departamentos de medicina preventiva e social. Essas ciências encontraram um fértil terreno para a produção teórica nos cursos de pós-graduação e na saúde coletiva, com a definição de uma subárea denominada Ciências Sociais em Saúde. O ponto de partida foi uma concepção ampla do processo saúde-doença, enfatizando os determinantes socioeconômicos, a partir das condições de vida e trabalho; a discussão para definir um sistema de saúde baseado no conceito de cidadania; e a preocupação com o apoderamento deste sistema pela sociedade civil organizada. Um estudo realizado em quatro instituições de ensino e pesquisa de São Paulo apresentou os temas “emergentes” mais abordados pela produção dos pós-graduandos: questões relativas à saúde e trabalho, e à qualidade de vida e ambiente (Marsiglia *et al.*, 2003).

Saúde, com qualidade de vida, é um campo complexo que objetiva a preservação da vida sem sofrimento, segundo normas e padrões de conduta, alguns originários de crenças religiosas ou opções filosóficas. Filosofia aqui não deve ser entendida como atitudes de benevolência e solidariedade, e nem ter uma perspectiva relativista, mas sim como formadora de conduta. Talvez a melhor forma de interação entre saúde e filosofia seja a filosofia da medicina, estabelecendo uma conduta filosófica específica para a saúde. É muito difícil generalizar uma conduta positiva, pois é impossível ser preciso e isento. Quando defendemos um ponto de vista, somos levados por um senso subjetivo oriundo de padrões e normas. Neste sentido, a assistência em saúde tem sido orientada para que a terapêutica seja equânime e que respeite as individualidades, mas sem conflitar com o coletivo na gestão do processo saúde-doença (Pellegrino, 1976; Leopardi, 2013).

Esse processo deveria significar viver em uma sociedade esclarecida, em que o poder e a autoridade não estejam mais concentrados apenas no governo. Cada vez mais cidadãos bem informados, empresas conscientes, agências independentes e órgãos especializados vêm tendo um papel de destaque. Nas últimas décadas aconteceu um despertar da sociedade civil e o terceiro milênio vem demonstrando que cidadãos recentemente empoderados por novas

tecnologias e formas de comunicação se tornam gestores de sua saúde, exigindo mais de governos, indústrias e profissionais de saúde. Cada vez mais a saúde é parte de uma crescente economia de conhecimento, que exige usuários esclarecidos e organizações que aprendam, para produzir resultados favoráveis. A maioria das terapêuticas apenas é aceita quando veiculada por tecnologia de ponta. Modelos e métodos ancestrais que não sejam baseados na visão biomédica da saúde são vistos com desconfiança, quando não como conhecimento obsoleto, inútil ou mentiroso (WHO, 2012; Leopardi, 2013).

Com isso cria-se um impasse para a gestão dos sistemas de saúde. Do ponto de vista administrativo, governos e ministérios da saúde continuam a ser importantes em gerenciar a governança em saúde, estabelecendo normas, provendo evidências e fazendo das escolhas saudáveis as melhores escolhas. Individualmente devemos escolher, entre as alternativas possíveis, aquelas que produzam melhores resultados para todos, ainda que tenhamos uma filosofia ou teoria que oriente nossas ações em outra direção. É um exercício cotidiano, pela escolha de um caminho, o que significa ter uma conduta individualmente assumida a partir de uma reflexão filosófica (WHO, 2012; Leopardi, 2013).

Cada indivíduo deve estar consciente de suas escolhas e consequente responsabilidade sobre a própria saúde. Os caminhos para uma boa ou má saúde podem não ser lineares, entendendo-se a saúde como um produto de complexas e dinâmicas relações entre diferentes determinantes. Porém os sistemas de saúde, isoladamente, não têm mais capacidade para resolver todos os desafios que se impõem. A educação em saúde, pela reflexão filosófica da cidadania, deve ser projetada no processo saúde-doença para fundamentar escolhas pelo livre arbítrio, de forma preventiva e proativa (Mendes, 2011; WHO, 2012).

Livre arbítrio é tema central da filosofia e se identifica com a possibilidade teórica da autodeterminação pessoal. A ideia intuitiva é que ter livre arbítrio significa poder controlar ações e coisas apenas pela vontade. Nem sempre é assim, pois muitos eventos não podem ser controlados e não são frutos do livre arbítrio. Um exemplo é a maciça propaganda envolvendo *junk food*. Individualmente não controlamos sua veiculação, porém podemos controlar ou mesmo evitar seu consumo pelo livre arbítrio, que desempenha um papel central na vida. Isto não deve ser entendido como uma inflexível imposição de virtudes, pois é necessário possibilitar negociações, principalmente diante de conflitos de interesses como custos, oportunidade e tempo. Se uma lista de virtudes parecer arbitrária, é preciso lembrar que somos dotados de uma capacidade singular que nos permite investir sobre determinados aspectos para que haja um mínimo de subjetividade (Leopardi, 2013).

Seguindo esse raciocínio, cabe aqui um exemplo: os mais importantes fatores de risco para o diabetes tipo 2 são obesidade, sedentarismo, dieta calórica e baixa em fibras, e tabagismo, que interagem com outros fatores como idade, genética e nutrição na primeira infância. Teoricamente os quatro primeiros seriam facilmente evitáveis por escolhas pessoais, porém oportunidade, autoafirmação, meio social, etc., têm grande influência na escolha final. O exercício retórico da filosofia pode ser um poderoso aliado para a pessoa posicionar-se e recuar de sua posição diante dessas imposições sociais. Com isso adquire conhecimentos para que se torne protagonista de sua condição de saúde, baseada não só em teorias, mas contextualizando esse saber de forma dialética. É claro que com a doença já instalada, e principalmente em seus estágios terminais, filosofia não substitui terapêutica, mas serve como apoio moral para exercitar a disciplina e a paciência (WHO, 2012; Leopardi, 2013).

Em uma observação superficial da vida moderna, a doença, enquanto forma aceita de vida, não existe mais. Como se fosse impossível o indivíduo conviver com uma doença de maneira saudável, com isso transformando o ser humano em um caso social quando, por doença, velhice ou qualquer outra condição se torna completamente desamparado (De Salazar, 2011). Ele passa por uma lenta e contínua desintegração social quando diagnósticos e terapêuticas o deixam debilitado pela disciplina institucional, pela autoentrega na internação. A própria palavra

“internação” perdeu seu sentido original, em uma dubiedade que encobre a perda da autonomia, pois internar significa excluir do exterior. Segundo Leopardi (2013), “como se além das instituições de saúde ficasse não a vida daquele corpo atendido, mas o drama de uma personagem que não entra em cena porque o ator está impedido de atuar”.

Para o entendimento desse complexo processo a filosofia pode fornecer valiosos *insights*. Dentre diversas correntes filosóficas o estoicismo prega a necessidade de estar em consonância com a natureza para atingir a sabedoria. O único bem que existe é a virtude e o único mal o vício. O que não é virtude nem vício é indiferente, alheio. Para poder agir racionalmente é fundamental a tomada de consciência de situações alheias à nossa vontade. Entre os filósofos estoicos de maior proeminência estão Sêneca e Epicteto, para quem felicidade e realização pessoal são consequências naturais de atitudes corretas. O intuito de suas obras não era apenas afetar as pessoas através de ideias, mas fazer com que essas ideias fossem aplicadas às suas vidas. Não se destinavam a figuras abstratas, mas visavam àquele que tem o corpo como um instrumento e que deseja ser um genuíno ser humano. Ou seja, o cidadão comum e esclarecido. Estoicismo e filosofia não podem ser generalizados como panaceia para a saúde, mas passíveis de aplicação em situações específicas. Não são as coisas que inquietam os homens, mas as opiniões sobre as coisas. A doença e a morte nada têm de terrível, mas a opinião a respeito delas (de que são terríveis) é que é terrível (Dinucci & Julien, 2012).

Novamente enfatizamos que estoicismo não significa fatalismo apático, pois a não aceitação da doença fomenta pesquisas e impulsiona avanços científicos. Mas a opinião, ou percepção do processo saúde-doença, pode ser modificada. Da mesma forma que esse processo vem se modificando nas últimas décadas, com uma crescente prevalência de condições crônicas (CC), que ameaça não só a saúde humana, mas também o desenvolvimento econômico. As doenças crônicas, principais causas das CC, são responsáveis por 63% das mortes no mundo e por 75% nas Américas, com prevalência em países de baixa e média renda, e em pessoas abaixo dos 60 anos. A população das Américas, de forma semelhante ao restante do mundo, passa por um acelerado processo de envelhecimento, e pessoas acima de 60 anos perfazem hoje 10% da população, cujo número deve subir para 25% até 2050. Porém a epidemia de CC não pode ser atribuída somente ao envelhecimento, pois mudanças de estilo de vida são os maiores determinantes de risco e doença, graças à industrialização, urbanização e globalização de produtos e padrões de consumo. Embora as CC não sejam transmissíveis, os fatores de risco que as predispõem são transmitidos culturalmente e se espalham em proporções alarmantes (PAHO, 2011; WHO, 2011).

Buscando uma forma de interferir nesse processo transmissor de fatores de risco em comum, bem como atrair e persuadir pessoas em condições crônicas de saúde a aderirem a programas específicos, para que possam aceitar e exercitar melhor o autocuidado e o cuidado compartilhado, essa pesquisa procurou identificar pensamentos de Sêneca e Epicteto sobre saúde, que pudessem contribuir para melhor qualidade de vida e atendimento mais humanizado no enfrentamento às condições crônicas e ocorrências adversas.

Método

Este estudo é uma revisão sistemática de bibliografia com análise do discurso em uma abordagem qualitativa. Foram consultadas duas obras de Epicteto (*Encheiridion* e *The Discourses*) e uma de Sêneca (*Moral Letters to Lucilius*), e por meio de análise do discurso buscaram-se teorias e pensamentos referentes à saúde. Para a busca avançada foram utilizadas as palavras, e suas derivadas, “saúde, doença, escolha, disciplina”, com as correspondentes em inglês “health, illness, disease, choice, discipline”. Sendo o discurso uma prática social ele só pode ser analisado em seu contexto histórico-social e reflete uma determinada visão do mundo vinculada à sociedade da época. Por isso alguns resultados foram descartados, por não se adequarem aos padrões contemporâneos. Alguns excertos continham palavras de busca distintas em seu conte-

údo, sendo considerados apenas uma vez na redação. Outros ainda foram descartados porque continham a palavra de busca fora do contexto pesquisado.

Resultados e discussão

Nas três obras consultadas (uma em português e duas em inglês) foram encontradas as seguintes palavras de busca: saúde não foi detectada, doença aparece duas vezes, escolha nove e disciplina cinco; health quarenta e uma, illness vinte e sete, disease setenta e duas, choice vinte e duas e discipline cinco.

Certas pessoas só encontram satisfação após a restauração da saúde, embora a saúde que nunca sofreu qualquer ameaça seja mais valiosa que a saúde restaurada. Ninguém deseja que tais coisas aconteçam, porém é louvável o tipo de resignação que algumas pessoas demonstram, em momentos de saúde abalada, grave sofrimento e mesmo em seus últimos dias de vida. (Sêneca, L 9; LXVI 40, 47)

Pessoas saudáveis poucas vezes têm consciência de sua boa saúde, apenas dando o devido valor a práticas saudáveis depois que adoecem.

Neste sentido a filosofia pode auxiliar, pois é preciso perceber que as pessoas, em sua maioria, buscam saúde, felicidade e tranquilidade não onde elas estão, mas onde elas não estão. “Quem estabelece uma disciplina de adquirir apenas as coisas essenciais, sem render-se ao consumismo, será sempre mais saudável e livre de perturbações. Não é difícil perceber quais são seus métodos, como consegue a cura e como se mantém com saúde em um ambiente saudável e com qualidade de vida” (Epicteto, *The Discourses*, p. 149).

Sêneca relata que quando escapou do opressivo e mal cheiroso ambiente da cidade percebeu que sua saúde estava se recuperando. Por isso, dizia, é melhor que a carruagem esteja pronta para partir o mais breve possível. O mestre Gallio, acometido por uma febre em Achaia, de imediato tomou o primeiro barco, insistindo que a doença não está no corpo, e sim no ambiente em que estamos. “Durante o tratamento uma pessoa não é ajudada pela esperança da saúde que virá, da mesma forma que um atleta não se revigora ao vislumbrar o subsequente período de repouso. Compreendemos a saúde do corpo e deduzimos a existência da saúde mental, como também conhecemos o vigor físico e dele inferimos a existência da força mental” (Sêneca, C 1; CIII 6; CXVII 26; CXX 5). Essa força mental é que pode ser o mais poderoso aliado no acompanhamento e tratamento de condições crônicas.

Assim, devemos encarar a doença como entrave para o corpo, mas não para a escolha. Rejeitar a doença ou a morte, além de tolice, nos torna infelizes. Alguém que vai aos banhos públicos deve considerar o que acontece na sala de banhos: pessoas que espirram água, empurram, insultam, roubam. Essa pessoa empreenderá a ação com mais segurança se pensar prontamente que quer banhar-se e manter a sua escolha. Do mesmo modo para qualquer ação, pois se houver algum entrave ao banho, saberá que não queria unicamente banhar-se, mas também manter sua escolha. E não a manterá se irritar-se com os acontecimentos adversos que escapam à sua governabilidade. (Epicteto *Encheiridion*, pp.17, 19, 21)

Causa estranheza que alguns tabagistas, após uma vida com o hábito de fumar, surpreendam-se quando diagnosticados com problemas pulmonares.

Quando alguém usa um traje adequado, ou caminha de acordo com o costume, ou janta como deve, não é a roupa, a caminhada ou o jantar que são bons. Boa é a escolha deliberada e racional que faz, e que é apropriada aos esforços humanos, pois o homem é, por natureza, um animal bem adequado. Portanto o bom não está na coisa escolhida, mas na qualidade da escolha. E isto nos é facultado, pois a natureza, de forma geral, nos produz em saúde e liberdade. É de bom preceito para a saúde abandonar os conselheiros da loucura e escapar para bem longe de companhias mu-

tuamente funestas. Entretanto, hoje em dia, como aumentam os males da saúde! Esse é o preço que pagamos por prazeres que extrapolam tudo que é sensato e correto. (Sêneca, XCII 11; XCIV 56, 69; XCV 23)

Já no século I Sêneca apontava para os fatores de risco amplamente disseminados pela liberalização dos costumes.

Ao exercitarmos a escolha devemos comportar-nos como em um banquete. Uma iguaria que está sendo servida chega a nós? Estendendo a mão, tomemos nossa parte disciplinadamente. Se ela passa ao largo, não a persigamos. Se ainda não chegou, não projetemos o desejo, mas esperemos até que venha a nós. É preciso ser disciplinado, submeter-se a regime alimentar, abster-se de guloseimas, exercitar-se obrigatoriamente na hora determinada, tanto no calor quanto no frio. (Epicteto Encheiridion, pp. 25, 39)

Essas escolhas devem ser racionais e permear todo o percurso da vida. “Porém aqueles cuja escolha é livre desde o início e começam a elucubrar sobre outra questão, ou seja, admitem a possibilidade de sucumbir a algo irracional, neste caso não há livre escolha” (Sêneca XIX 3). A escolha deve fundamentar-se em crenças próprias, ainda que contrárias a uma corrente hegemônica, para que não se torne causa de infelicidade.

A mente deve fundamentar sua escolha na virtude. O homem tolo ou preguiçoso, seduzido por maus hábitos, deve constantemente polir a mente enferrujada para aumentar sua resistência. Pergunte-se voluntariamente o que você escolheria se algum deus lhe desse esta chance: uma vida em uma agitada cidade ou uma vida na tranquilidade do campo? (Sêneca, XCV 36; XCVI 5)

Porém é possível optar por escolhas saudáveis vivendo em uma grande cidade e também optar por escolhas não saudáveis vivendo no campo.

Dentre as opções que a vida apresenta coisas que não trazem grandeza para a mente não são boas. A bainha não torna a espada boa ou ruim. Com o corpo acontece o mesmo. Claro que se houver opção eu escolho saúde e força, contanto que o sentido implícito do bom seja resultado de meu arbítrio em relação a essas coisas, e não das coisas em si. Por isso é loucura dizer a um homem doente o que ele deve fazer, como se ele estivesse bem, quando o que deve ser feito, prioritariamente, é restaurar sua saúde. Depois disso, aí sim, estabelecer uma disciplina baseada em preceitos específicos. Mas se os preceitos de saúde não forem estabelecidos de forma preventiva, de nada valeu o tratamento. (Sêneca, LXXXVIII 35; XCII 13; XCIV 22)

Isso nos remete aos conceitos atuais de promoção da saúde, adequação de meio, controlar a doença e mudança consentida de hábitos.

Um estoico altera sua vontade para se adequar ao mundo e permanecer doente e feliz, em perigo e ainda feliz, morrendo e ainda assim feliz, no exílio e feliz, na desgraça e feliz, dessa forma afirmando um desejo individual completamente autônomo e, ao mesmo tempo, um universo que é um todo rigidamente determinista. (Epicteto, The Discourses, p. 67)

Se esse indivíduo, ainda por cima, observa a moderação, com certeza terá boa saúde física.

Sem esses preceitos filosóficos a mente não é saudável, e tampouco o corpo o será, ainda que seja vigoroso como é o corpo de um louco. Esta é a principal forma de saúde a ser cultivada. O resto é consequência e envolve menor esforço, se o objetivo é apenas sentir-se bem fisicamente. (Sêneca, XIV 15; XV 1)

Saúde não é apenas ausência de doença, mas uma relação muito mais complexa.

Em saúde, o saber produzido e ensinado não parece vincular-se imediatamente a uma intenção assistencial de referência à totalidade e integralidade, e a maioria dos modelos de atenção

à saúde não alcança esse objetivo. Mas seria insano creditar à falibilidade médica o insucesso no tratamento e recuperação de uma saúde negligenciada. Para chegar ao sujeito múltiplo que é o objeto da atenção em saúde é necessário um saber múltiplo, em uma perspectiva de integralidade, e não em uma mera redução holística, que ao contrário de dar conta da totalidade humana, torna-a massa homogênea e virtual, desconsiderando suas emoções e existindo tão somente como produto de nosso imaginário (Gorowitz & Macintyre, 1976; Leopardi, 2013; Mendes, 2011). “Se as emoções são corpóreas, também o são as doenças do espírito, tais como ganância, crueldade e todas as culpas que envenenam a mente, até se transformarem em algo incurável. A cura física é impossível sem a cura do espírito” (Sêneca, CVI 6). Conceitos absolutamente compatíveis com somatização e as novas concepções sobre saúde mental.

O tratamento e a cura, mesmo que aconteçam em nível coletivo, devem levar em consideração as individualidades de cada sujeito. Este sujeito social e complexo não é dado, mas além de sua natureza, é construído pela ciência e pela consciência e não participa espontaneamente na vida social, seja por agregação ou por justaposição. Fatores de determinação interferem profundamente na condição social e de saúde do indivíduo, que requer autorização tácita ou explícita dos pares. Mesmo assim o alter social quase sempre é apreendido em uma interpretação mal feita e fragmentada, não alcançando nem tangencialmente o caminho da integralidade do outro. Esta situação dificulta a interação de muitos profissionais da saúde, tornando-os meros assistentes (Leopardi, 2013; Mendes, 2011).

Para uma atenção integral é necessário um conhecimento substancial da mente do outro. Muitas vezes quem sofre tortura está com a mente mais calma que o torturador. Com a doença ocorre o mesmo. Se for uma doença crônica alguns intervalos irão permitir períodos de descanso, concedidos pelo benefício do tempo; mesmo quando agudiza, esses breves períodos de tranquilidade ainda permanecem.

Já uma doença aguda produz uma de duas coisas: ou se extingue espontaneamente ou é extinta por algum tratamento. E que importância tem isso, se em ambos os casos a dor termina? Em verdade é o corpo que é prejudicado pelos problemas de saúde, e não a mente. A doença tolhe os pés do corredor e dificulta o trabalho do artesão. Mas se a mente estiver bem é possível advogar e ensinar, ouvir e aprender, pesquisar e meditar. Que mais é necessário? Quem possui controle sobre sua doença simplesmente demonstra que ela pode ser vencida ou superada em qualquer grau. (Sêneca, LXXI 5; LXXVIII 17, 20)

Pessoas em condições crônicas podem e devem, em um processo de inclusão, ser participantes do meio social e em atividade nas suas condições laborais.

É notável como algumas pessoas são autosuficientes, como se mostram felizes com parte de si mesmas. “Se acaso perdem um membro, por doença ou pela guerra, ou se algum acidente lhes rouba um ou ambos os olhos, ficam felizes com o que permanece, conseguindo a mesma qualidade de vida com as restrições impostas ao seu corpo. Embora não esmoreçam pelas partes que perderam, com certeza prefeririam não perdê-las. Essas pessoas reinventam estilos de vida, alterando hábitos há muito tempo estabelecidos” (Sêneca, IX 4). Esse nível de superação é alcançado por uma disciplina bem treinada, que traz felicidade e realização pessoal como consequências naturais de atitudes corretas.

É difícil alterar hábitos ou estilos de vida que nunca existiram anteriormente, ou que não foram fortalecidos por mente bem trabalhada.

Quando alguém enraivece deve conscientizar-se de que não apenas a raiva está sobrevindo, mas também a instalação do hábito da raiva, o que maximiza o problema. Assim crescem as doenças do corpo ou da mente. Mas o racional (controle) e o irracional (descontrole) se manifestam em diferentes formas para diferentes pessoas, tais como o bem e o mal, o útil e o inútil. Exatamente por isso precisamos de disciplina, para aprender como adaptar esses conceitos em suas diversas formas temporais. (Epicteto Encheiridion, p. 64; The Discourses, p. 3)

Conceitos sofrem mudanças consideráveis ao longo do tempo, como a inversão observada nos últimos anos sobre imposições sociais que levaram ao aumento do consumo de álcool e ao decréscimo no uso de tabaco.

O mal que nos aflige não é externo, está dentro de nós. Por isso é difícil atingir a plena cura, pois muitas vezes nem sabemos que estamos doentes. Às vezes nem mesmo consultamos o médico, cujo trabalho seria muito facilitado se ele fosse procurado quando a enfermidade estivesse em seu estágio inicial. Quando iniciamos um tratamento, buscamos a cura. Mas quando realmente começa a cura? Quando jogamos fora os maus hábitos com toda sua virulência. Com as doenças da mente o caso é ainda mais grave: quanto mais severas, menos são percebidas, pois não envolvem sintomas físicos. (Sêneca, L 4; LIII 7; LXVIII 7)

Em geral pessoas mais disciplinadas são mais predispostas a mudarem seu comportamento para aliviar a doença que as aflige e colaboram no tratamento.

Quando alguém é acometido por qualquer mal, deve praticar um estilo de vida semelhante ao de um homem saudável. Evitar excesso de comida, beber água, procurar inclusive evitar o desejo, mesmo que algumas vezes esse desejo esteja baseado na razão. Saúde é uma coisa boa, e doença é algo ruim? Não necessariamente. Ser saudável, e saudável da forma correta, é bom; ser saudável da forma ruim é que é ruim. Dessa forma é possível tirar vantagem da doença para manter uma vida saudável. (Epicteto, *The Discourses*, pp. 96, 101)

Saúde é algo temporário que um médico não pode garantir. A mente, entretanto, uma vez curada, é bem curada e para sempre. Quando a boa saúde é comprometida ocorre uma mudança para a “saúde doente”. Aparecem latentes sintomas que precedem a doença: lentidão, tremores, calafrios, uma lassitude que não é fruto de qualquer esforço. (Sêneca, LXXII 6; LXXIV 23, 32)

Mudança de hábitos ou formação de novos hábitos (cura da mente) é um processo complexo e lento, mas quando acontece de forma racional e consentida perdura por toda a vida.

Um touro não se desenvolve rapidamente, e tampouco um homem de valor. É preciso estabelecer, sem pressa, uma séria disciplina no inverno para aproveitá-la no verão. E qual é o objetivo da disciplina? Antes de tudo, o maior e principal, que deveria figurar como palavras de pórtico: se nos apegamos profundamente a alguma coisa, e se essa coisa desaparecer, que possamos lembrá-la sem perturbações. (Epicteto, *The Discourses*, pp. 4, 118)

Atividades, físicas ou não, que sacodem a preguiça para fora do corpo, são vantajosas tanto para a saúde quanto para os estudos. Um homem com febre, ainda que leve, não está bem de saúde, pois boa saúde não combina com doença moderada. Mas o homem sábio, seja ele comandante ou soldado, pode desenvolver virtudes em meio à riqueza ou à pobreza, em seu país ou no exílio, com saúde ou doente. Qualquer que seja o destino que encontre, ele irá usá-lo para construir algo de valor e enfrentar os desafios que surgirem. (Sêneca, LXXV 1, 4; LXXXV 40)

Essa disciplina pode ser extremamente útil no manejo de CC, que estão ligadas, principalmente, a quatro fatores de risco, aspectos nocivos da rápida urbanização e transição econômica: uso de tabaco, dieta não saudável, atividade física insuficiente e uso abusivo de álcool. Estes fatores estão classificados entre os determinantes sociais da saúde. Sistemas de saúde desgastados não conseguem atender satisfatoriamente às pessoas nessas condições, que necessitam mais de intervenções em escala populacional do que individual. O cuidado inadequado aumenta em muito os riscos associados às CC, inclusive gerando incapacidades de longa duração e reduzidas chances de sobrevivência. Há evidências de que o autocuidado e o cuidado compartilhado, associados a mudanças de hábitos, diminuem esses riscos, tornando a pessoa usuária corresponsável pela gestão de sua condição (Bloom *et al.*, 2011; Mendes, 2011).

Para o desafio que se impõe ao manejo das condições crônicas, a governança inteligente propõe como as pessoas e os governos podem abordar a atenção à saúde em cinco dimensões estratégicas: colaboração; compromisso; regulação/persuasão; agências independentes e associações de experts; e políticas flexíveis, estruturas resilientes e previsão. Governança inteligente pode ser entendida como a aplicação inteligente do poder, ou seja, a combinação do forte poder financeiro de coação com o brando poder da persuasão e da atração (WHO, 2012).

Não desanimar de tratar alguém doente, mesmo quando a doença for crônica, desde que seja possível convencer esse alguém a certas mudanças. É preciso empenho para livrá-lo da doença e usar o tempo para construir uma mente sólida. É tolice pensar na morte para evitar a doença, pois esta é curável e não embarça a mente. Isto seria uma derrota. Mas se a situação for extrema e a dor insuportável, a morte é uma saída digna, não por causa da dor, mas porque ela é um obstáculo a todas as razões para viver. Quem sai da vida só porque sente dor é um fraco, um covarde; mas quem vive apenas para enfrentar essa dor é um tolo. (Sêneca, XXV 2, LIII 9, LVIII 36)

Há que se evitar interpretações precipitadas sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia para identificar o valor implícito de honra e dignidade.

Todo bem é desejável? É bom ser corajoso mesmo sob tortura, ir para o patíbulo com coração forte, enfrentar a doença com resignação. É melhor que nunca aconteça uma guerra, mas se ela sobrevier é mais nobre desejar poder suportar os ferimentos, a fome, e tudo que a guerra traz. Seria insano desejar a doença, mas se ela se instalar, é mais nobre um comportamento que não demonstre covardia ou fraqueza. (Sêneca, LXVIII 3, 4)

Novamente, não o fatalismo apático, mas o enfrentamento com nobreza, coragem e força.

Tal qual um doente enfraquecido por longo tempo, e que esteja em uma situação que não pode ser removido de casa sem ter uma recaída, assim também uma pessoa é afetada quando sua mente está se recuperando de uma prolongada doença. As doenças da mente são vícios, como ambição ou cobiça que endurecem e tornam-se crônicas. Em resumo, por doença da mente entende-se uma contínua perversão do juízo, de forma que o que não deveria ser desejável passa a ser altamente desejável. (Sêneca, VII 1, 7; LXXV 11)

Concepções hedonísticas levaram a uma liberalização dos costumes com consequências desastrosas para a saúde.

Não importa quão insignificantes as doenças pareçam de início, elas evoluem em ritmo acelerado. Às vezes o menor progresso da doença se deve a um corpo debilitado. A medicina começa a mostrar-se útil quando um leve toque faz o corpo doente formigar. Isto é o início da cura. E há um conselho que é a própria cura, não só da doença, mas de toda a vida: “Desprezem a morte”. É possível superar o sofrimento que a doença traz se considerarmos os resultados com desprezo. (Sêneca, LXXXV 12; LXXVIII 5, 12; LXXXIX 19)

Comprovadamente um organismo debilitado facilita a instalação de doenças, mas encarar a morte como algo natural e inevitável fortalece a mente.

Tal como sofisticados banquetes e roupas luxuosas falam de um estilo de vida doente, igualmente um comportamento desregulado mostra que a mente perdeu seu equilíbrio. Quando a doença gradualmente devorou o caráter, e hábitos irregulares penetraram na medula e nos nervos, como a alma lamenta a visão dos membros que, por sua indulgência, tornaram-se inúteis! Em vez de seus próprios prazeres, o indivíduo passou a almejar os alheios; tornou-se intermediário e testemunha de paixões que, como resultado da própria insatisfação, já deixou de sentir. (Sêneca, CXIV 11)

Isso remete diretamente à disseminação de hábitos que favorecem a instalação dos fatores de risco.

Entre a insanidade das pessoas em geral e a insanidade daqueles em tratamento médico não existe diferença, exceto que os últimos sofrem de doenças e os primeiros sofrem de falsas opiniões. E nem mesmo a medicina pode dominar doenças incuráveis; quando muito, algumas vezes atua como remédio, outras vezes apenas como alívio. A mente doente deve ser tratada cuidadosamente para libertar-se de culpas ou da propensão ao mal. Estes objetivos podem ser alcançados pelas principais doutrinas filosóficas. Mas nem mesmo o poder da filosofia universal, embora convoque todas as forças nesse objetivo, consegue remover da mente o que já se transformou em uma doença obstinada e crônica. (Sêneca, XCIV 13, 17, 24)

Isto é a confirmação de que nem o estoicismo, nem a filosofia, pretendem apresentar-se como panaceia para a saúde, e tampouco usurpar a função da medicina.

Não é preciso mencionar as inúmeras doenças que resultam de viver faustosamente. As pessoas costumam estar livres desses males quando não afrouxaram sua resistência pela indulgência e exercitam o autocontrole. Fortalecem o corpo pelo trabalho pesado, cansando-se pela corrida, pela caça ou lavrando a terra. São saciadas por um alimento que só proporciona prazer a quem está faminto. Para estas pessoas não há necessidade de toda a superparafernália médica, nem de tantos instrumentos e pílulas. Hoje são necessários cursos sofisticados para decifrar sofisticadas doenças. Há um acúmulo delas por conta de tantas combinações exóticas de alimentos, pois as maneiras de adoecer são tantas quanto são as maneiras de viver. As doenças são incalculáveis, da mesma forma que é incalculável o número de cozinheiros. E se a alimentação em si é exótica também as doenças serão complexas e incontáveis. Por conta de diversos hábitos nocivos até as mulheres deixaram de ter os privilégios de seu gênero. Esqueceram a natureza feminina e estão condenadas a sofrer as mesmas doenças dos homens. (Sêneca, XCV 18, 19, 21, 23, 29)

É impressionante a atualidade deste texto, embora descreva o século I d. C.

Quando uma doença nos deixa temerosos e o quadro clínico se agrava, devemos confessar que em verdade temíamos pela vida. Mas convenhamos que quando rezamos por uma vida longa é exatamente isso que estamos pedindo. Uma vida longa inclui todos esses problemas, velhice e doenças agudas e crônicas, assim como uma longa viagem inclui poeira, chuva e lama. (Sêneca, XCVI 3)

Isso é um contraponto racional ao paradigma positivista de uma vida longa e saudável, isenta de doença, tristeza e sofrimento.

Ao examinarmos nossa infância, com olhos de pesquisador, somos levados a pensar que essa é a melhor idade. Porque com o passar do tempo surgem doenças e a velhice pesa sobre nós, enquanto ainda pensamos na juventude. Provavelmente a citação de Virgílio está certa, porque “velhice é uma doença que não podemos curar”. (Sêneca, CVIII 28, 29)

Conceito coerente com as modernas teorias de condições de saúde; a velhice é um ciclo da vida encarado como condição crônica.

É melhor ter emoções moderadas ou não tê-las de nenhuma forma? Estoicos rejeitam as emoções e os Peripatéticos aconselham a controlá-las. Com isso o estoicismo não rouba qualquer privilégio que alguém não queira perder, e aceita com certa indulgência coisas pelas quais todos lutam. Simplesmente propõe jogar fora os maus hábitos, a causa básica das doenças, principalmente as crônicas. Essa causa que parece ser uma suscetível revolta contra a existência natural, como se percebe em algumas pessoas que se diferenciam tanto de outras por suas vestes, ou por sofisticadas receitas em seus jantares, ou pela elegância de suas carruagens. (Sêneca, CXXII 18)

O atual milênio sinaliza o desenrolar de uma dramática ressignificação de valores para dimensionar se mais vale dispor de tecnologias sofisticadas, esquecendo a subjetividade, ou aproximar, como valores simultâneos e inseparáveis, o mundo objetivo e o mundo subjetivo.

Existem incertezas tanto nas verdades científicas como nas tradicionais verdades humanas. (Leopardi, 2013; Mendes, 2011)

É fundamental disciplinar a mente para compreender e superar o próprio destino, e deixá-la ter o conhecimento que nada ameaça. Aprender a saudar cada dia assim que começa, e deixar que seja bem vindo como se tivesse sido escolhido. Apoderar-se deste dia bem como das rédeas da própria vida. (Sêneca, XCI 15; CVIII 27)

Considerações finais

Condições crônicas requerem uma atenção diferenciada, baseada no autocuidado, cuidado compartilhado e mudança de hábitos, porém levando em consideração diversas questões sociais intimamente relacionadas aos determinantes de saúde. A filosofia, e em especial a Escola Estoica, disponibiliza conhecimentos para melhorar a disciplina e o livre arbítrio, não como doutrina a ser imposta, mas a ser trabalhada em uma base flexível, conscientizando as pessoas de sua responsabilidade decorrente da livre escolha. Não pretende fazer apologia do sofrimento, tampouco estimular a eutanásia para condições extremas. Pretende, sim, tornar o indivíduo consciente das adversidades da vida, e mais resistente para enfrentar essas diversas ocorrências. Pessoas usuárias inscritas em programas específicos de condições crônicas às vezes são atendidas por profissionais de saúde tão doentes quanto elas próprias. Estes profissionais são cobrados duplamente: de um lado, por cidadãos crescentemente empoderados por novos meios de comunicação, hábeis em exigir seus direitos, porém alheios ao cumprimento de deveres que suas escolhas impõem; de outro lado, pressionados por gestores com lógica produtivista e a possibilidade de sofrerem diversas sanções restritivas. Se juntarmos a isso condições inadequadas de trabalho, estruturas físicas deficientes, falta de motivação e conflito de interesses político-partidários, comprova-se uma condição crônica talvez pior que das pessoas usuárias.

Em nossa hedonística busca por uma vida longa e sem doenças, chegamos à insanidade de almejar que seja eterna. Sofremos e nos angustiamos que os bons e saudáveis momentos da vida não sejam perenes, perdendo a oportunidade de desfrutá-los em sua integralidade. Em meio a uma ética e moral conturbadas, corrompidas por interesses financeiros e propaganda desleal, algo mais forte que o normal é preciso, algo que jogue para longe esses males crônicos. Para arrancar crenças pré-estabelecidas em ideias errôneas o comportamento deve ser regulado por doutrinas. Mas devemos adicionar preceitos, compaixão e estímulo a essas doutrinas para que sejam compreendidas e prevaleçam. Apenas como doutrinas caem em uma retórica vazia e ineficaz.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, AT de, Vasconcellos MdaP., Adorno RdeCF. (2011). A Contribuição das Ciências Sociais e Humanas na Pesquisa, no Ensino e na Formação em Saúde. *Saúde Soc.*, 20(1), 9-15.
- Bloom D.E., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom, L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettnner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A., Weinstein C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. Available at www.weforum.org/EconomicsOfNCD access on 12-15-2012.
- De Salazar, L. (2011). *¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?* Cali, Colombia: Programa Editorial, Universidad del Valle.
- Dinucci A, Julien A. (2012). *O Encheiridion de Epicteto*. Aracaju: Viva Vox.
- Epictetus. (2012). *O Encheiridion*. Available at <http://ia601204.us.archive.org/24/items/OEcheiridionDeEpictetoEdicaoBilingue/enchbifinal26.04.12.pdf> access on 07-01-2013.
- (2013). *The discourses*. Available at <http://pensamentosnomadas.files.wordpress.com/2012/08/the-discourses.pdf> access on 07-01-2013.
- Gorovitz, S., MacIntyre, A. (1976). Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos*, 1(1), 51-71. doi: 10.1093/jmp/1.1.51.
- Leopardi, M.T. (2013). *A filosofia no ensino como alicerce das ações dos profissionais da saúde*. Disponível em <http://leopardi.pro.br/news.htm> access on 07-02-2013.
- Marsiglia, R.M.G., Spinelli, S.P., Lopes, M.F., Silva, T.C.P. (2003). Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciênc. Saúde coletiva*, 8(1), 275-285.
- Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
- Minayo, M.C. de S. (1992). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- Nunes, E.D. (2003). Ciências sociais em saúde: um panorama geral. Em Goldenberg, P., Marsiglia, R.M.G. e Gomes, M. H. de A. (orgs), *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- PAHO - Pan American Health Organization. (2011). *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. Washington, D. C.: PAHO. Disponível em http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid= access on 02-15-2012.
- Pellegrino, E.D. (1976). Philosophy of medicine: problematic and potential. *J Med Philos*, 1(1), 5-31.
- Sêneca. (2013). *Moral letters to Lucilius (Epistulae morales ad Lucilium)*. Disponível em http://en.wikisource.org/wiki/Moral_letters_to_Lucilius access on 07-01-2013.
- WHO – World Health Organisation. (2011). *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy: WHO Library. Disponível em http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ access on 06-21-2011.
- (2012). *Governance for health in the 21st century*. Paris. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century> access on 03-21-2012.

SOBRE OS AUTORES

Gerson Luis Schwab: Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG (1973-1976). Especialização em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares pela Universidade de São Paulo, Bauru FOB-USP (1991-1993). Mestrado em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (2009-2011). Doutorando em Saúde Coletiva na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (ingresso em 2011). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares e em Saúde Coletiva. Desde 1989 é Coordenador Regional de Saúde Bucal, na 21a. Regional de Saúde, da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, em Telêmaco Borba. Foi supervisor pedagógico do Curso Técnico em Saúde Bucal desta secretaria no período 2009-2010. Atua na Estratégia Saúde da Família, Mortalidade Materna e Infantil, Avaliação e Monitoria em Saúde Pública e Enfrentamento à Violência.

Simone Tetu Moysés: Graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1983), mestrado em Odontologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1989) e doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública - Universidade de Londres, Inglaterra (1999). Atualmente é professora Titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e atua como responsável de Área do Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Área de Concentração em Saúde Coletiva (mestrado e doutorado). Coordena projetos de cooperação nacional e internacional nas áreas de promoção de saúde e desenvolvimento local. E pesquisadora na Diretoria de Atenção Primária em Saúde na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção de saúde, políticas públicas saudáveis, epidemiologia, saúde da família e saúde bucal coletiva.

Beatriz Helena Sottile França: Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1971), graduação em Direito pela Universidade Tuiuti do Paraná (2003), mestrado em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas (1993) e doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (1998). Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e professora Adjunto na Faculdade de Odontologia da UFPR. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Legal e Bioética, atuando principalmente nos seguintes temas: biodireito, ética na pesquisa, odontologia pericial, deontologia e responsabilidade profissional.

Renata Iani Werneck: Possui graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2000), mestrado em Dental Public Health - University of Toronto (2004) e doutorado sanduiche em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Paris - INSERM U550 (2010). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: cariologia, prevenção, odontopediatria, epidemiologia e genética epidemiológica. Atualmente é professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná nas disciplinas de Saúde Coletiva e da pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

Samuel Jorge Moysés: Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública - Universidade de Londres, Inglaterra (1999). Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, professor adjunto da Universidade Federal do Paraná, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e consultor do Ministério da Saúde do Brasil em Vigilância em Saúde Bucal. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas saudáveis, saúde urbana, promoção da saúde, atenção primária à saúde, saúde da família e saúde bucal coletiva.