

O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade

Maria Inez P. Anderson,^{1*}Ricardo Donato Rodrigues¹

Resumo

A partir do ano de 1970, os conceitos de complexidade, integralidade e processo saúde-adoecimento vêm sendo objeto de um número crescente de estudos e revisões acadêmicas que visam ao desenvolvimento de novas racionalidades científicas, considerando as limitações que acompanham o paradigma cartesiano, instituído há mais de 200 anos. Os paradigmas científicos, como se sabe, influenciam e repercutem largamente no modo de pensar e agir inclusive no campo da saúde. O paradigma anatomoclínico, que constituiu as bases da medicina científica, é de cunho cartesiano. Embora tenha gerado muitos benefícios à prática médica, decorridos mais de dois séculos, dá mostras de sua insuficiência e inadequação para abordar os fenômenos relacionados ao processo saúde-adoecimento, *vis a vis* os modos de vida nas sociedades contemporâneas, o padrão de morbimortalidade e a expectativa de vida na atualidade. Considerando que o conhecimento está em permanente evolução, o objetivo deste artigo é trazer alguns subsídios à proposta de reorganização do modelo assistencial com base nos novos paradigmas científicos. A expectativa é apoiar o desenvolvimento de novas formas de compreender e atuar na saúde, superando práticas mecanicistas, não mais justificáveis, tanto no plano da educação médica, como no plano dos cuidados de saúde, especialmente no nível dos cuidados primários.

Descritores: Complexidade; Racionalidades médicas; Integralidade; Modelo biopsicossocial; Processo saúde-adoecimento.

Abstract

The paradigm of complexity and concepts of Integrative Medicine: health, illness, completeness

From the 1970s on the concepts of complexity, integrality and health-disease process have been subject of an increasing number of studies and academic reviews whose objective is to develop new scientific rationalities taking into account the limitations that come along with the Cartesian paradigm, set over 200 years ago. The clinical-anatomical paradigm, which constituted the basis of scientific medicine, has a Cartesian character. It has brought and still brings many benefits to medical practice but, after more than two centuries, shows signs of failure and inadequacy. Specially to address the phenomena related to the health-disease process, *vis a vis* the life style in the societies, the pattern of morbidity and mortality and life expectancy, nowadays. Taking into consideration that knowledge is constantly evolving, the purpose of this article is to offer support to the reorganization proposal of the model

1. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Rua das Valsas, 500
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22743-390.
E-mail: inezpadula@yahoo.com.br

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(3):242-252
doi: 10.12957/rhupe.2016.29450
Recebido em 23/05/2016. Aprovado em 08/11/2016.

of care based on the new scientific paradigms. It is expected to support the development of new ways of understanding and acting in health, overcoming the mechanical practices in medical education, and in the health care perspective, especially in primary care that we cannot justify.

Keywords: Complexity; Medical rationalities; Integrality; Biopsychosocial model; Health-disease process.

Resumen

El paradigma de la complejidad y conceptos de Medicina Integral: salud, enfermedad, integralidad

A partir de los años 70 del siglo XX, los conceptos de complejidad, integralidad y proceso salud-enfermedad han sido objeto de un creciente número de estudios y revisiones académicas con el objetivo de desarrollar nuevas racionalidades científicas teniendo en cuenta las limitaciones que acompañan al paradigma cartesiano, establecido hace más de 200 años. Los paradigmas científicos, como sabemos, influyen y repercuten ampliamente en la forma de pensar y actuar, incluso en el campo de la salud. El paradigma anátomo-clínico, que constituyó la base de la medicina científica, es de carácter cartesiano. Trajo y todavía trae muchos beneficios a la práctica médica pero, después de más de dos siglos, muestra signos de insuficiencia e inadecuación para hacer frente a los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad, con respecto a las formas de vida en las sociedades, el patrón de morbi-mortalidad y la expectativa de vida en la actualidad. Asumiendo que el conocimiento está en constante evolución, el propósito de este artículo es traer algunos soportes a la propuesta de reorganización del modelo de atención basado en los nuevos paradigmas científicos. La expectativa es apoyar el desarrollo de nuevas formas de entender y actuar en la salud, para la superación de las prácticas mecanicistas no más justificables,

tanto en el plan de educación médica, como el plan de atención, especialmente en la atención primaria.

Palabras clave: Complejidad; Racionalidades médicas; Integralidad; Modelo biopsicosocial; Proceso salud-enfermedad.

Introdução

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão dos conceitos de complexidade, integralidade e processo saúde-adoecimento. Estes conceitos, entendidos como estruturantes para a medicina, repercutem no modo de pensar e agir em saúde — seja no âmbito do processo ensino-aprendizagem, seja nas esferas assistencial e da produção científica.

Nos últimos 40 anos, estes temas vêm sendo trabalhados no Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária (DMIF). O objetivo, neste caso, é progressivamente desenvolver e aperfeiçoar suas atividades docente-assistenciais e de pesquisa em conformidade com os novos conhecimentos advindos dos estudos da eficácia dos sistemas de saúde e da própria prática médica,¹ bem como da evolução dos paradigmas científicos que, principalmente a partir da década 70 do século XX, vêm sendo objeto de estudo no âmbito acadêmico.

Estes novos conhecimentos, como não podia deixar de ser, afetam e devem afetar o campo da saúde e, entendemos que é responsabilidade da universidade ser e estar proativa neste processo. No caso do DMIF, o escopo de atuação da disciplina e da área que abraçamos e para a qual nos dedicamos são a Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde, para as quais estes conceitos merecem especial atenção. Entretanto, avaliamos que esta temática e as informações e reflexões advindas deste artigo podem trazer contribuição para outras disciplinas e áreas de atuação no campo da saúde.

Sem a pretensão de esgotar o tema, e considerando o marco de 40 anos da história, dos estudos e das práticas do DMIF, os conceitos de complexidade, integralidade e processo saúde-adoecimento serão problematizados, utilizando-se majoritariamente de material já produzido no Departamento. Desde os seminários até alguns dos mais recentes, todos originados do trabalho cotidiano e das reflexões primeiras trazidas pela dissertação de mestrado, do Professor Ricardo Donato Rodrigues, já em 1979, sob o título: *A Crise da Medicina: Prática e Saber — alguns aspectos*.²⁻¹²

Para desenvolver este artigo, iniciaremos com uma breve revisão do paradigma científico, que deu base às ciências de um modo geral e à própria medicina como disciplina científica. Seguiremos considerando

os fundamentos dos novos paradigmas e suas origens e problematizando como estes afetam a medicina e a prática médica. Neste contexto, os conceitos de integralidade e processo saúde-adoecimento serão revisitados.

O paradigma cartesiano e suas implicações na medicina

Descartes (1596–1650), filósofo, físico e matemático francês, é considerado o principal idealizador do método que serviu de base às ciências modernas — o paradigma cartesiano, ainda hegemônico. Este paradigma é caracterizado por uma concepção mecanicista e reducionista do mundo. Pressupõe que recortar a realidade em suas partes constituintes permitiria estudá-la de modo mais objetivo e assim apreender e explicar a verdadeira natureza dos fenômenos.¹³ Apesar desta limitação, ele trouxe inúmeros benefícios à sociedade, permitindo ao ser humano grandes avanços nos campos científico e tecnológico. Entretanto, com a evolução do conhecimento médico, com uma melhor compreensão dos fatores que afetam o processo saúde-adoecimento e a mudança no perfil de morbimortalidade, as limitações e as consequências nefastas deste modo de pensar se fazem vez mais evidentes.

Na perspectiva do paradigma cartesiano, os fenômenos naturais ocorrem de acordo com leis mecânicas e qualquer objeto material poderia ser conhecido e explicado na sua totalidade a partir da organização e do movimento de suas partes.² A redução da realidade e a simplificação que caracterizam este paradigma podem ser entendidas a partir da própria lógica que o instrumentaliza, ou seja, a necessidade de retirar um fenômeno do ecossistema ao qual pertence para que, no momento seguinte, este fenômeno possa ser melhor analisado de forma isolada e em si mesmo.^{2,13,14}

Esta concepção cartesiana do mundo, como uma grande máquina regida por leis precisas, de natureza matemática, passou a influenciar a própria relação entre o homem e seu ambiente natural. Deste modo, pode-se dizer que chancelou o homem para controlar e dominar a natureza de acordo com seus próprios interesses, ou seja, “forneceu uma sanção científica para a manipulação e a exploração da natureza que se tornaram típicas da cultura ocidental”.²

A medicina anatomoclínica, tal como a referenciamos na atualidade, foi instituída então no rastro deste paradigma e da revolução científica que se seguiu nos séculos XVI e XVII — sobretudo a partir dos estudos realizados nos campos da matemática, da astronomia e da física. Parte do estabelecimento de uma correlação entre o quadro clínico de doentes hospitalizados e os achados anatômicos revelados em seu corpo, depois de morto, pela técnica de necropsia. Este saber médico incorpora, então, uma característica eminentemente anatomoclínica.²

Pode-se dizer que a versão biomédica do paradigma cartesiano fundamenta-se nos preceitos de um corpo de conhecimentos instituído há cerca de 200 anos, na transição entre os séculos XVIII e XIX. Nesta concepção, o corpo humano seria concebido à semelhança de uma máquina artificial, tal como a visão de mundo que se instituiria. Um método analítico, coerente com os princípios da mecânica newtoniana, é então instituído. Para tanto, foram definidas condições experimentais de pesquisa à luz de critérios considerados objetivos. Este modelo anatomoclínico, biomédico, dá origem ao modelo assistencial tecnicista dos dias de hoje.

Para estender esta lógica a respeito da natureza material ao estudo da espécie humana foi necessário estabelecer dualidades como a disjunção entre mente e corpo; entre razão e emoção; entre mundo material e mundo espiritual; entre ser humano e mundo, entre natureza e cultura.^{2,13} Descartes, em seu Discurso do Método preconizava: Pois, enfim, quer estejamos despertos, quer dormindo, jamais devemos nos deixar convencer exceto pela evidência de nossa razão.¹⁵

A crescente descrição de características anatomoclínicas das enfermidades e, por consequência, o estabelecimento de uma nova ordem nosológica faziam acreditar no potencial das bases científicas do modelo biomédico. Especialmente, para combater as doenças infecciosas que, à época, eram os agravos com maiores taxas de incidência e prevalência, provocando a morte de milhões de pessoas ainda jovens e consequente redução da expectativa de vida em toda parte.

A doença, entendida como um conjunto de alterações anatômicas de partes do corpo, é considerada um ente com vida própria, razão pela qual pode ser elevada à categoria de entidade mórbida. Aí, podem-se identificar duas primeiras e grandes limitações deste paradigma: alijado da sua integralidade como pessoa e no seio da medicina das doenças, o homem passa à condição de informante de um processo que, supostamente, acontece e se origina no seu corpo; ao desprezar

o sujeito que sofre, a medicina abstrai a realidade e afasta-se dos problemas históricos e concretos que afligem o homem e a humanidade.^{2,16}

Neste cenário, e no contexto do desenvolvimento industrial nos Estados Unidos, necessita-se que a medicina dê respostas mais eficazes à recuperação da mão de obra afastada por motivo de doença. A Fundação Rockefeller financia, então, em 1910, Abraham Flexner (um professor de grego), a estabelecer uma reforma do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá.¹⁷ Esta reforma, pautada no paradigma anatomoclínico (ou saber biomédico), foi adotada em todos os EUA e Canadá, e acabou por influenciar, a seguir, o ensino e a pesquisa nas Faculdades da América Latina e da Europa. Graças a esta reforma, a medicina científica tornou-se hegemônica, ainda que, àquela altura, não houvesse evidências a respeito da sua eficácia terapêutica.

Com base no paradigma anatomoclínico e com os avanços científicos mais recentes, as doenças passaram a ter uma representação cada vez mais microscópica e molecular. Para combatê-las tornou-se necessário empregar, com habilidade e perícia, tecnologias cada vez mais sofisticadas que permitem visualizar e atingir, com precisão crescente, minúsculas estruturas localizadas nos diferentes órgãos e tecidos que compõem a anatomia humana.

Esta revolução tecnológica, iniciada em meados do século XX, contribuiria para aparelhar a medicina científica e fortalecer sua vocação hospitalar. Sob o impacto deste acelerado e intenso progresso, pode-se dizer que o modelo biomédico tornou-se cada vez mais biotecnológico. Nesta condição, os problemas anatômicos e fisiopatológicos específicos mais críticos e a consequente instabilidade clínica de uma pessoa puderam ser abordados com mais segurança e precisão.

Entretanto, com os avanços do conhecimento, o paradigma cartesiano vem se evidenciando inadequado e insuficiente para abordar os fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento em sua totalidade. Em especial, no campo da Atenção Primária, esta inadequação tem resultado em uma série de consequências nefastas, inclusive com elevado potencial iatrogênico, que contribuem para uma perda da capacidade resolutive, com comprometimento da eficácia e da eficiência na abordagem dos problemas de saúde da maioria da população — além de desperdiçarem recursos.

É inegável que a incorporação de artefatos modernos e produtos tecnológicos à assistência médico-hospitalar tem evitado mortes, bem como tem contribuído para prolongar e melhorar a qualidade de vida de

milhares de doentes em todo o mundo. Contudo, é preciso considerar que o consumo de “medicina” não é equivalente à saúde e, além de caro, não é, de fato, um consumo isento de riscos iatrogênicos. Também é preciso reconhecer que apesar de quase sempre resultar em uma prescrição médica, em boa parte dos casos, este consumo é desnecessário.^{18,19,20}

A baixa capacidade resolutive do cuidado de saúde resultante deste consumo abusivo, desnecessário e contraproducente de medicações tornou-se um dos mais sérios problemas da medicina contemporânea. E, esta irracionalidade não é, como visto, um evento aleatório: há um saber (anatomoclínico) que lhe confere sentido.

Assim, paradoxalmente, à medida que a medicina alcançaria, em tese, a própria essência orgânica das doenças, ela entra em profunda crise. No auge do desenvolvimento biotecnológico, os serviços de saúde não atendem às necessidades concretas de atenção médica da maioria da população, verificando-se uma dissociação entre o mundo das necessidades de saúde e a realidade intrínseca da prática médica.^{2,19,20}

Com as mudanças no perfil de morbimortalidade e com o aumento da expectativa de vida, constata-se que nem saúde, nem doença se limitam a uma ordem exclusivamente biológica; e que os fatores a elas relacionados são multidimensionais e interatuantes, compreendendo um fenômeno complexo e processual, de modo que a ação focal e episódica, na maioria das vezes, não é eficaz, nem oportuna. Identifica-se aqui uma outra grave consequência e um comprometimento da eficácia da biomedicina, principalmente no âmbito dos cuidados de saúde primários, no qual se deve resolver a maior parte das necessidades de saúde das pessoas durante a maior parte das suas vidas, inclusive as necessidades de atendimento clínico, área estratégica na prática do especialista em medicina de família e comunidade.¹⁸

A título de síntese, concluímos que a forma de pensar e agir de modo fragmentado, episódico e pontual — característica da ciência cartesiana — apesar de ter trazido muitos avanços, se relaciona a diversas formas de crise vivenciadas pela humanidade nos tempos atuais. Crises financeiras, econômicas, sociais, ecológicas, éticas: uma crise civilizatória que também se reflete na saúde. Necessita-se, então, de um outro modelo explicativo que supere a simplificação e a fragmentação do modelo cartesiano, para dar conta dos fenômenos complexos, como é o processo saúde-adoecimento e outros caracterizados pela vida de relação.

O paradigma da integralidade biopsicossocial, que vem sendo forjado nos últimos 40 anos no bojo

da revisão do paradigma cartesiano — revisão esta que extrapola o âmbito da medicina^{14-16,18,21-24} — tem por base o entendimento de que os fatores que afetam o processo saúde-adoecimento são multidimensionais. Mais que isso, se inter-relacionam e se interpenetram, caracterizando um processo sistêmico e um fenômeno complexo. Do ponto de vista científico, encontra-se nos avanços das neurociências e da psiconeuroimunologia uma base para o desenvolvimento desta nova forma de compreender estes fenômenos no campo da saúde.²⁵⁻²⁷

Crise e emergência de novos paradigmas

Em razão das múltiplas faces que compõem a crise civilizatória, que hoje ameaça a própria vida na Terra, a humanidade está sendo chamada a constituir e viver sob a égide de novos paradigmas. Isto tem exigido novas formas de pensar os fenômenos da vida. Agora, não mais na perspectiva da dualidade e da fragmentação — que afugenta a realidade — mas da integração.^{14,16,23}

Estas novas percepções trazem a necessidade de

uma utilização nova da ciência e da técnica, impondo-se a tarefa de [...] rejeitar os conceitos fechados, desconfiar das causalidades unidirecionadas, das soluções únicas, propor-se inclusive contra as exclusões, conjuntivo contra [...] as disjunções, holístico contra [...] os reducionismos, complexo contra [...] as simplificações.¹⁶

A complexidade é sem dúvida, uma das características do novo paradigma científico, convocando a uma nova forma de compreender o ser humano e a própria realidade:

... o real, em razão das suas teias de relação, é por sua própria natureza complexo. Um sem-número de fatores, elementos, energias, informações entram em sinergia e em sintonia na constituição concreta de cada ecossistema e de suas interfaces individuais. Neste sentido, o ser humano é um ser singularmente complexo: Um bilhão de células nervosas no córtex cerebral e cerca de um trilhão de outras no corpo todo funcionando numa lógica de inclusão e inter-retro-reação, passando da ordem para a desordem, para a interação, para a criação de uma nova ordem, fazendo com que todo esse processo constitua uma totalidade orgânica¹⁶

Estas dimensões e funcionalidades organizacionais impulsiona a busca por formas de pensamento não lineares. Novos modelos explicativos começam a surgir pouco a pouco nos campos da física, da química e da

própria biologia. Teorias oriundas da cibernética, dos sistemas abertos e fechados, da física quântica, buscam captar a interdependência dos elementos e as formas de relação dos mesmos e das dimensões que constituem os sistemas complexos que, em última análise demonstram que “o todo é mais do que a soma das partes e que nas partes se concretiza o todo”.^{14,22-24}

A emergência de um novo paradigma na área da saúde tem acompanhado, então, o desenvolvimento de estudos e concepções inovadoras no campo das ciências, a exemplo da Teoria do Caos, o desenvolvimento das noções de autopoiese e de auto-organização, bem como da proposta de um modelo de natureza biopsicossocial e da psiconeuroimunoendocrinologia. Estes são elementos estratégicos para a compreensão dos fenômenos relacionados ao processo saúde e doença. Com isso, permitem uma revisão embasada cientificamente dos preceitos do paradigma anatomoclínico ainda hegemônico, ressignificando e colaborando para o surgimento de novas concepções para o saber e as práticas em saúde.

Essas e tantas outras concepções emergentes, ao lado do desenvolvimento das neurociências, integram este processo de renovação do saber capaz de resgatar, enfim, a complexidade do universo e da natureza humana:

Idéias e conceitos como autopoiese, auto-organização, autonomia, ordem (pelo ruído, a partir da desordem, por flutuações), estruturas dissipativas, bifurcação, caos, sistemas não-lineares, geometria fractal, holismo, complexidade ... têm invadido o cenário das ciências ... como decorrência da necessidade de o saber contemporâneo ampliar suas abordagens sobre o real... Não é despropositado pensar que o sujeito do conhecimento se encontre na contingência de desenvolver outras formas de construir esse real...²²

De acordo com os princípios do paradigma da complexidade, os sistemas vivos são incomparavelmente mais complexos do que a máquina artificial. As moléculas e células de um sistema vivo desgastam-se, envelhecem, alteram-se de modo incessante. Para não morrer, o sistema vivo reconhece estes processos, destrói os componentes desgastados e, autonomamente, os substitui por cópias idênticas. As máquinas não têm a capacidade de reconhecimento, de renovação, ou de regeneração autônoma.²⁴

O ser humano é então, um sistema vivo, auto-organizado que desenvolve processos cognitivos que

articulam e integram seus componentes em uma totalidade que permite identificá-lo como um ente singular. Entretanto, a autonomia deste sistema é relativa pois sua existência depende de trocas incessantes de matéria, energia e de informação com o meio ambiente.

O ser humano, como todos os seres vivos, constitui, enfim, uma teia de relações.^{2,14,24}

À luz destas novas concepções, o binômio saúde-doença é considerado um fenômeno de grande complexidade, pois sofre a influência de diversos fatores, oriundos de diferentes dimensões. A complexidade de um fenômeno não está somente na multiplicidade dos fatores envolvidos com o mesmo mas, especialmente, na forma como estes se relacionam, interagem e se re-foalimentam. Funcionam como uma teia de relações. Um elemento influencia todo o sistema.

Modelo biopsicossocial

Em 1977, George Engel, um psiquiatra americano, falecido em 1999, publica *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, como resultado de estudos e pesquisas realizadas com pacientes. Neste artigo, destaca as insuficiências do modelo biomédico e defende a necessidade de outra forma de compreensão dos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento, que deveriam ser compreendidos como produto da interação de reações celulares, teciduais, orgânicas, mas, também, interpessoais e ambientais (Figura 1).²¹

Esta forma, denominada a seguir de Modelo Biopsicossocial descortina uma matriz explicativa mais adequada à complexidade que envolve os processos da vida e os fatores relacionados à saúde e ao processo de adoecer. Neste âmbito, os fatores psicossociais podem atuar facilitando, mantendo ou modificando o curso da enfermidade, embora o seu peso relativo possa variar seja de “doença” para “doença”, de pessoa para pessoa, e até mesmo para a mesma pessoa, considerando a história pessoal e o momento da vida.

O paradigma da integralidade biopsicossocial esclarece questões que escapam à capacidade explicativa do modelo anatomoclínico. Dentre elas, a capacidade de compreender a variabilidade das respostas orgânicas quando as pessoas são submetidas a um mesmo agente estressor ou a uma mesma ação terapêutica.

A partir do modelo biopsicossocial, se reconhece que a resposta de um indivíduo a um determinado estímulo ou situação de estresse, não ocorre ao acaso mas resulta da combinação entre a situação apresentada, o contexto social e cultural, bem como a estrutura psicológica, a conformação e a dinâmica biológica da

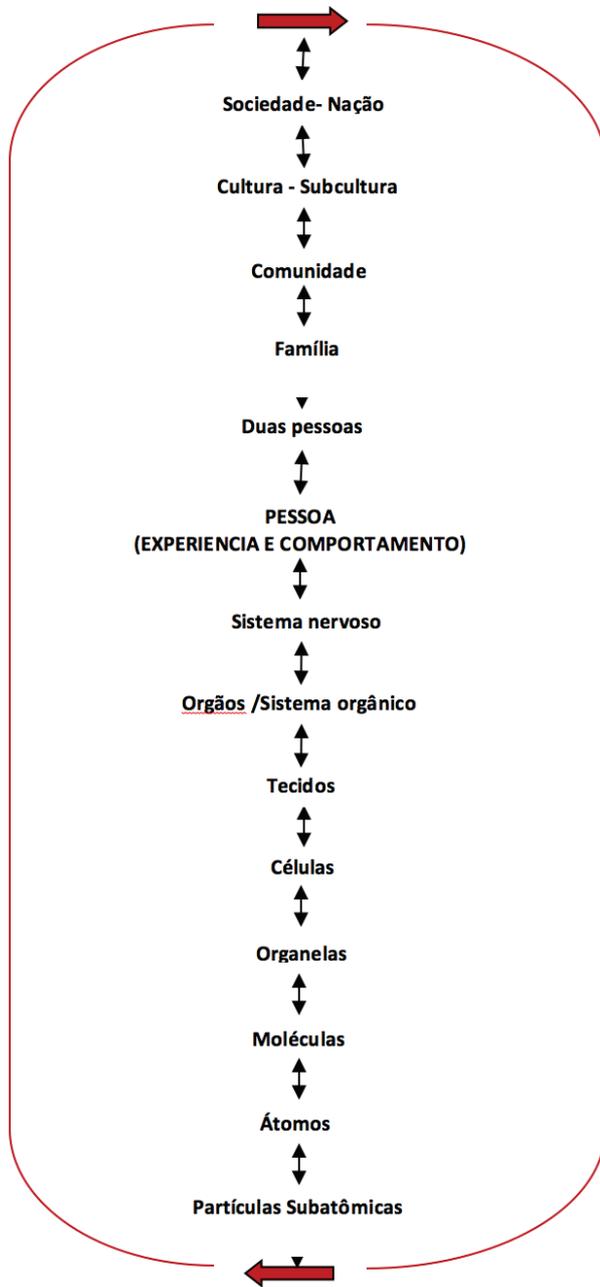


Figura 1. Representação esquemática das interações da pessoa com o meio ambiente e vice-versa

Fonte: Engel (1980).

pessoa. Na resposta estão envolvidas as características do estímulo, a codificação simbólica e cognitiva que determinam as emoções da pessoa. Também fazem parte da resposta a estrutura social, (suporte, rede, etc.) e o estado de funcionamento do próprio organismo.^{9,10,25} Nesse sentido, a doença, e a saúde, representam, a cada momento, uma condensação de expressões (Figura 2).⁴

No campo da fisiologia e fisiopatologia, muitas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de explorar as associações e relações entre “mente” e “corpo”. Por exemplo, entre câncer e depressão, nível socioeconômico e saúde, experiências na infância e morbidade na vida adulta, estresse, doenças cardiovasculares e diabetes, entre tantas outras.^{10,25,26}

Psiconeuroimunologia

Em meados da década de 70, Robert Ader e Nicholas Cohen da Universidade de Rochester demonstraram, por meio de uma experiência com ratos, o condicionamento da função imunológica, e cunharam o termo “Psiconeuroimunologia”. Para condicionar os ratos, eles usaram uma combinação de água com sacarina (estímulo condicionado) e a droga Cytosan. Esta droga, que induz à supressão do sistema imunológico, produz incondicionalmente náuseas e aversão ao sabor. Ader foi surpreendido ao descobrir que, após o condicionamento, apenas alimentando os ratos com a água sacarizada, houve a morte de alguns animais e propôs que eles haviam sido imunossuprimidos após ter recebido o estímulo condicionado. Ader (psicólogo) e Cohen (imunologista) testaram esta hipótese mais vezes, usando diferentes estímulos condicionados e diferentes drogas, e verificaram que os resultados eram altamente reprodutíveis. Por meio destas pesquisas iniciais, demonstrava-se que um sinal emitido pelo sistema nervoso (paladar) estava afetando a função imunológica.²⁷

Atualmente, inúmeras pesquisas em todo o mundo são publicadas demonstrando os avanços desta área no campo das ciências da saúde. É possível afirmar na atualidade que a biologia tal como incorporada à medicina anatomoclínica, é uma biologia limitada e insuficiente para explicar os fenômenos orgânicos em sua complexidade, embora ainda predomine no campo do ensino promovido por considerável número de escolas médicas. Este descompasso entre o ensino e os avanços da ciência no campo da biologia constitui um dos fatores limitantes para a atualização médica no que concerne aos conceitos e práticas mais atualizadas no campo da medicina, assim como em outras áreas da saúde.²⁵

Estes avanços que vêm sendo realizados no plano das neurociências estão permitindo (re)conceituar e identificar com mais evidência o papel do sistema nervoso, particularmente do cérebro, da mente e da consciência, evidenciando suas inter-relações e interações, entre si e com o “corpo”.

A psiconeuroimunologia (PNI), ou psiconeuro-

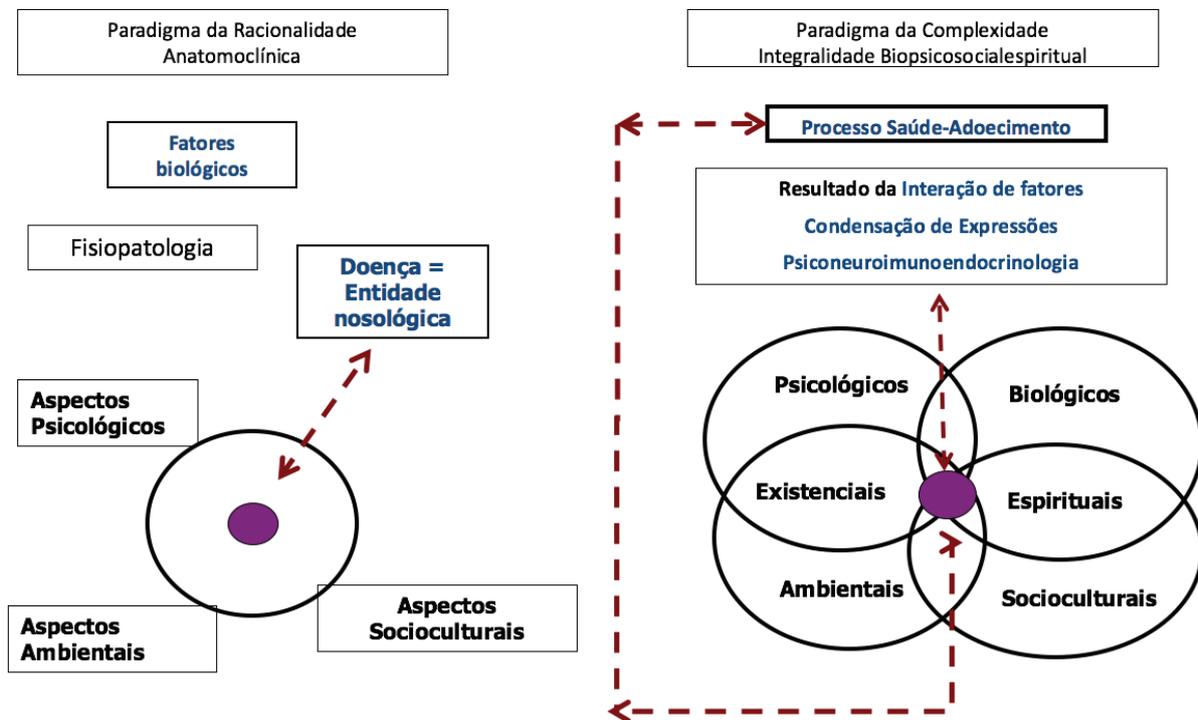


Figura 2. Papel das variáveis biopsicosociais no processo saúde-adoecimento no modelo anatomo-clínico e da integralidade
Fonte: Autoria própria (2012).

endocrinoimunologia, como também é chamada, constitui um dos principais campos de estudo a respeito das interações entre o comportamento humano e os sistemas nervoso, endócrino e imunológico, e as relações entre os processos mentais e a saúde.²⁵⁻²⁷ Dedicada ênfase especial ao processo e às substâncias envolvidas no funcionamento fisiológico do sistema psiconeuroimunoendocrinológico na saúde e na doença, e às características físicas, químicas e fisiológicas dos componentes envolvidos, seja *in vitro*, *in situ* e *in vivo*. As substâncias mais frequentemente estudadas são os antígenos e as citocinas, os neurotransmissores e os hormônios em geral. Oferece nova perspectiva à biologia, à fisiologia e à fisiopatologia humana, conferindo materialidade às noções de complexidade e integralidade biopsicosocial.²⁵ Descortinam-se assim, paulatinamente, as vias fisiológicas e os caminhos psicobiológicos que corporificam as interações da pessoa com o ambiente, como o meio externo afeta o mundo psíquico e, conseqüentemente, as respostas orgânicas, que por sua vez, refazem o caminho, passando também a influenciar o agir humano, como postulava Engels.^{10,21}

Muitas pesquisas têm evidenciado essas relações, em especial, aquelas que dizem respeito às afecções car-

diovasculares, às gastrintestinais, às infecções pelo vírus da imunodeficiência humana, às doenças autoimunes e também às doenças congênitas. Tais relações ganham importância em relação ao potencial terapêutico que encerram. Há hoje um número considerável de evidências indicando que um leque de terapias “mente-corpo” podem ser usadas como adjuntas eficazes ao tratamento médico convencional para um grande número de circunstâncias clínicas comuns.^{25,28,29}

Em relação às doenças cardiovasculares, por exemplo, o tipo de resposta ao estresse, o baixo nível socioeconômico, o isolamento ou o baixo nível de suporte social, bem como aspectos da personalidade, emoções negativas, como angústia, hostilidade, depressão e ansiedade já são suficientemente estudados como fatores que influenciam diretamente a morbidade e a mortalidade.³⁰⁻³² Estas influências persistem significativas, mesmo após controle dos fatores de risco mais convencionais como tabagismo, inatividade física e perfil lipídico. As disfunções psicológicas citadas estão intimamente relacionadas ao incremento da ativação do sistema nervoso simpático (aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da resistência vascular periférica, do output cardíaco).

No que tange à terapêutica, são promissores os resultados dos estudos que mostram que técnicas de intervenção dirigidas à abordagem do estresse, como terapias cognitivo-comportamentais e de relaxamento, podem afetar positivamente o estresse psicológico e a função fisiológica, reduzindo a mortalidade e a morbidade em pacientes com doença cardiovascular. Assim, também, os fatores psicossociais influenciam a participação e a adesão ao tratamento.³²

A dispepsia e a síndrome do cólon irritável são dois outros exemplos da participação de fatores psicossociais que participam da gênese das disfunções do trato gastrointestinal. Durante intervenções psicológicas eficazes, imagens características podem ser captadas por meio de mapeamento topográfico cerebral. Mecanismos que podem contribuir para esta associação estão relacionados ao fato de a motilidade gastrintestinal ser mediada pelo sistema nervoso visceral com células imunes reativas.

Saúde e adoecimento sob a ótica da complexidade e da integralidade biopsicosocial

Para refletir sobre o conceito de saúde e doença sob a ótica do paradigma da complexidade, importa considerar desde o primeiro momento que tal conceito diz respeito aos seres humanos, às pessoas, na condição de uma totalidade biopsicosocial e não apenas a agentes produtivos, reduzidos ao corpo e ao funcionamento de suas partes.

Nessa lógica, a saúde representa um suporte para que o ser humano percorra, com o maior grau de autonomia possível, sua trajetória de vida. Uma vida que ganha sentido a partir das relações que estabelece com os outros seres humanos, com os outros seres vivos, com o meio social e o meio ambiente.

O ser humano é uma totalidade biopsicosocial e seu estado de saúde é inseparável da integração entre essas dimensões. Viver em boa saúde remete à preservação da autonomia do indivíduo singular e integrado frente às contingências vivenciadas pelo sujeito-social.

Assim, a própria noção de saúde torna-se relativizada pela ótica, pelas aspirações e perspectivas alimentadas pelo sujeito-social, perdendo o caráter supostamente objetivo — centrado no conceito de normalidade — com que a fisiologia positivista a distinguia, ao mesmo tempo em que informava e servia de suporte para as ações desenvolvidas pela medicina científica.^{2,33}

Inicia-se então uma recuperação: coloca-se o homem no centro do processo, por inteiro, não mais sua

decomposição em partes fragmentadas e desvinculadas do todo. Evidencia-se que o adoecimento humano é histórico, guarda relação direta e interativa com as relações que estabelece na vida pessoal familiar e social, é uma forma de expressão, com sentidos e significados.^{2,3,9} O objetivo terapêutico da medicina, dessa forma, não mais pode se resumir em reconstituir a normalidade anatomofisiológica do corpo, como postula a vertente da medicina cientificista, porquanto é a autonomia comprometida que importa resgatar.³⁴

Autonomia esta que por sua vez decorre da preservação da integralidade biopsicosocial do ser humano, cuja vida e — por que não dizer? — morte transcendem as moléculas, as células e os órgãos do seu corpo. Não é o aparelho sensitivo que sente frio, fome, sede ou dor; não são tecidos e órgãos que caem doentes e se sentem limitados ou ameaçados de paralisia ou morte; não são eles que morrem de medo, alegria ou dor.

O adoecimento humano é, portanto, histórico e complexo assim como histórico e complexo é o próprio ser — a um só tempo indivíduo singular e sujeito social.

Preceitos inerentes à medicina centrada na integralidade

Apesar de sua importância em todos os níveis de atenção, os preceitos da integralidade são essenciais no campo da atenção primária em saúde (APS), particularmente, na formação e na prática dos especialistas em medicina de família e comunidade.

Destacam-se entre eles:

- a) a vida humana e os processos a ela relacionados, assim como a de outros animais, da própria Terra, e de outros componentes planetários se dão de forma sistêmica e só acontecem e ganham sentido e existência a partir das relações que estabelecem entre si. Compõem uma matriz complexa, não dual e não passível de divisão. Logo, deve ser compreendida nesta dimensão;
- b) o ser humano é uma totalidade biológica, psicológica e social. Não está somente sobre a Terra, é a própria terra que anda;¹⁶
- c) o binômio saúde-adoecimento se inscreve no campo dos fenômenos de grande complexidade, porque incorpora diferentes dimensões — biológicas, psicológicas, espirituais e socioculturais inter-relacionadas;
- d) a complexidade do binômio saúde-adoecimento não está somente na multiplicidade dos fatores envolvidos com o mesmo, mas, especialmente, na

forma como estes se relacionam, interagem e se retroalimentam;

- e) por meio da racionalidade biomédica não é possível entender o sentido e o significado de fenômenos decorrentes de variáveis inter-retorrelacionadas, na medida em que separa e isola uma das outras sem levar em conta que uma totalidade não é redutível à soma das partes que a compõem;
- f) a medicina centrada no modelo geral-integral ou biopsicossocial resgata a noção de complexidade que envolve o binômio saúde-adoecimento, realça as relações homem-ambiente e valoriza a totalidade biopsicossocial do ser humano, bem como a historicidade dos fenômenos relativos à sua saúde;
- g) em consequência, a abordagem correspondente à medicina centrada neste modelo da integralidade é holística. A participação dos indivíduos e sociedade é indispensável. A dicotomia entre medicina preventiva e curativa é superada. Mente e corpo são únicos. Saúde individual e coletiva, inseparáveis;
- h) a abordagem das interações pessoa-mundo constitui uma das principais diretrizes que rege as ações de saúde no âmbito deste modelo, realçando a importância do cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, assim como do trabalho em equipe;
- i) o referencial básico da medicina centrada no modelo da integralidade não é prevenir a eclosão de doenças, mas preservar a qualidade e colaborar para promover a plenitude da vida, respeitados os limites, as condições e reais potencialidades tanto no plano individual quanto sociocultural;
- j) o processo diagnóstico e terapêutico da medicina centrada no modelo da integralidade é de base sistêmica. Quando um componente da rede biopsicossocial é afetado (seja no plano individual, familiar ou comunitário) há repercussão na totalidade orgânica que se remodela para fazer frente a esta nova situação. Estratégias para favorecer um rearranjo adequado contribuem para incrementar a resiliência.

Práticas inerentes à medicina centrada na integralidade

As práticas da medicina centrada na integralidade devem estar fundamentadas na definição ampliada da saúde que inclui, para além dos parâmetros biológicos, o sentido e a qualidade de vida da pessoa. A dimensão

histórica do binômio saúde-adoecimento e a rearticulação entre as ciências da saúde demandam a utilização de ferramentas e métodos com plasticidade suficiente para aplicá-los tanto no âmbito individual quanto no coletivo, reconduzindo a pessoa, sua família e a própria sociedade ao centro do cenário da prestação de serviços.

Esta compreensão é indispensável para o desenvolvimento das competências necessárias ao especialista em APS, principalmente no aspecto da clínica. Neste caso, não basta ao médico de família e comunidade diagnosticar a doença de uma pessoa. É necessário reorientar o próprio método clínico a partir de critérios que permitam ampliar o diagnóstico biomédico da doença e captar os fatores que influenciam o processo saúde-adoecimento em sua real complexidade. A abordagem diagnóstica e terapêutica da medicina da integralidade inclui uma avaliação que considere as esferas orgânica/biológica, psicológica/espiritual, social/cultural das pessoas, das famílias e das comunidades.

Foge ao escopo deste artigo aprofundar métodos e técnicas de abordagem clínica da medicina da integralidade. Mais informações sobre estes tópicos podem ser encontradas em literatura específica.³⁴ A título de ilustração, focalizamos a utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa. Este método, para além da doença, explora a forma como a pessoa entende e sente o seu adoecimento, o contexto próximo e distante envolvido com este processo, ademais de fortalecer a relação médico-paciente; incrementa a capacidade de adesão ao tratamento ao incluir o estabelecimento de um plano terapêutico acordado entre a pessoa e o médico. Além deste método, outras estratégias e ferramentas relevantes desta abordagem podem ser citadas: escuta ativa; medicina narrativa; promoção da resiliência e do empoderamento das pessoas sobre suas vidas; valorização dos aspectos que as pessoas acreditam fazer parte ou tenham contribuído para o seu adoecimento; abrir espaço para tratar da espiritualidade e da transcendência; meditação; explorar outras formas de expressão verbal e escrita; atividades de grupo; abordagem familiar e comunitária.

Conclusão

A transição paradigmática em saúde, com o enfraquecimento da hegemonia do modelo biomédico e a crescente importância da racionalidade biopsicossocial a respeito dos fenômenos que envolvem o processo saúde-doença, tem contribuído para uma readequação da medicina, tanto no âmbito do médico e da prática médica quanto da pesquisa e da gestão em saúde. Mor-

mente para a valorização da medicina de família e comunidade, como especialidade médica que se ocupa prioritariamente das questões situadas no campo da Atenção Primária à Saúde.

Entretanto, importa reconhecer que este paradigma, que gira em torno da noção de integralidade a respeito dos fenômenos atinentes à saúde humana, ainda não alcançou plena hegemonia no contexto dos sistemas de saúde.

Isto certamente afeta a prática docente-assistencial dos profissionais médicos que se dispõem a aplicar estes novos conceitos.

A medicina de família e comunidade (MFC) tem sido adotada em muitos países para justamente fazer frente aos problemas decorrentes da excessiva fragmentação do cuidado médico que acompanhou o progresso científico e biotecnológico experimentado no campo da saúde. Por isso, a especialidade, não raramente, se vê na contingência de enfrentar incompreensões e preconceitos que persistem em alguns círculos acadêmicos, assistenciais e políticos, bem como em setores da mídia e da própria opinião pública. Por mais que já se tenha avançado em termos de conhecimentos e práticas desta especialidade, ainda há muito o que organizar, sistematizar e elaborar. Especialmente no tocante ao desenvolvimento do paradigma da complexidade, base de sustentação científica deste modelo emergente, que concebe saúde e adoecimento como processos complexos inerentes à própria vida.

Em suma, torna-se necessário desenvolver, aperfeiçoar e empregar estratégias, métodos e técnicas de abordagem em saúde, inclusive no tocante à prática clínica e às práticas acadêmicas, coerentes com o paradigma da integralidade biopsicossocial. A partir desta concepção o médico de família e comunidade e todas as outras especialidades poderão, nos respectivos campos de atuação, empregar tais instrumentos ou tecnologias de abordagem de forma eficiente e sistematizada, tornando-se capaz de superar práticas mecanicistas, descabidas no plano da educação médica, assim como no plano dos cuidados de saúde, principalmente no nível dos cuidados primários.

Referências

1. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998. 438 p
2. Rodrigues RD. A Crise da Medicina: Prática e Saber. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ, 1979. 115p.
3. Rodrigues RD, Padula MIP, Barbosa Neto, et al. Medicina Integral: Novas Propostas [Monografia]. Rio de Janeiro: Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE; 1983. 35 p.
4. Deveza M. Médicos para o Ano 2000? Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1983. 175p.
5. Rodrigues RD, Barbosa F, Deveza M, et al. Bases para a Transformação Curricular da Faculdade de Ciências Médicas [Monografia]. Rio de Janeiro: Faculdade de Ciências Médicas - FCM; 1984. 26 p.
6. Noronha JC, Oliveira JA, Rodrigues RD, et al. Transformações de um Ambulatório de Medicina Integral com vistas a um Programa de Atenção Médica Primária: a experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Públ. 1977;11(4):429-43. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v11n4/01.pdf> Acesso em: 09/06/2017.
7. Rodrigues RD. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2007;3(11):149-56.
8. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, A Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Fam e Comunidade. 2007;3(11):157-72.
9. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação em Medicina de Família e Comunidade. Cadernos da ABEM. 2008;4:30-7. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/caderno_vol4.php> Acesso em: 08/06/2017.
10. Rodrigues RD, Anderson MIP. Integralidade e Complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos. In: Gusso G, Lopes JMC, Org. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 60-70.
11. Favoreto CAO. Construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: Pinheiro R, Ruben AM. (Org.). gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1a Ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, Parte 2. p. 185-204.
12. Chazan ACS, Silveira LMC, Favoreto CAO. Revisão de prontuário como estratégia de ensino-aprendizagem da medicina centrada na pessoa em um ambulatório universitário no Município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade; 2014;9:96-103.
13. Capra F. O Ponto de Mutação. Ed. 22. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1999. 447p.
14. Capra F. A Teia da Vida. Ed. 9. São Paulo: Cultrix, 2000. 256 p
15. Descartes R. Discurso do Método. Versão eletrônica, pag 23 Membros do grupo de discussão Acrópolis (Filosofia). Disponível em: < http://www.psb40.org.br/bib/b39.pdf>. Acesso em: 10/09/2016.
16. Boff L. A Opção Terra: a solução para a Terra não cai do Céu. Rio de Janeiro: Record; 2009. 222p.
17. Flexner A. Medical Education in the Unites States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York; 1910. 846p.
18. Landmann J. Medicina Não é Saúde: As Verdadeiras Causas da Doença e da Morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983.
19. Rodrigues RD. Hospital Universitário no Brasil Contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS 1999. Tese. IMS/UERJ; 1999. 164p.
20. Illich I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina, Trad. José Kosinski de Cavaltanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
21. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286).
22. Castiel DC. O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano. São Paulo: Papyrus; 1994. 203p.
23. Morin E. Ciência com Consciência. Tradução Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996. 336p.

Artigo de opinião

24. Maturana H, Varela F. A Árvore do Conhecimento, Campinas: Workshopsy; 1995. 281p
25. Arias P, Arzt E, Bonet J, et al. Estrés Y Procesos de Enfermedad: Psiconeuroimunoendocrinología. Modelos de integración mente-corpo. Argentina: Editora Biblos; 1998. 251p.
26. Herrera M, Julián A. Psiconeuroimunología para la práctica clínica. Santiago de Cali: Programa editorial Universidad del Valle; 2009. 208p.
27. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*. 1975; 37:333-40.
28. Novack DH, Cameron O, Epel E, et al, Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. *Acad Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;31(5):388-401.
29. John A, Astin JA, Shapiro SL, et al. Mind-Body Medicine: State of the Science, Implications for Practice. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16:131-47.
30. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, et al Even Minimal Symptoms of Depression Increase Mortality Risk After Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2001;5:337-41.
31. Abramson J, Berger A, Krumholz HM, et al. Depression and Risk of Heart Failure Among Older Persons With Isolated Systolic Hypertension, *Arch Intern Med*. 2001;161:1725-30.
32. Wolko P, Eisenberg DM, Davis R, et al. Use of Mind-Body Therapies, Result of a National Survey *J Gen Intern Med*. 2004;19(1):43-50.
33. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. Ed. 2ª . Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982. 270p.
34. Anderson MIP, Rodrigues RD. Integralidade na prática do médico de família e comunidade e na Atenção Primária à Saúde. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Gusso G, Lopes JMC, Orgs. Porto Alegre: Artmed; 2012, p. 71-8.