

## CAPÍTULO 4

### DESAFIOS DE UMA NOVA CONCEPÇÃO NA SAÚDE: A MEDICINA INTEGRATIVA TRANSDISCIPLINAR

Patrick Paul, Ph.D., MD.<sup>15</sup>

(Tradução: Marly Segreto)

O desenvolvimento de um sistema de saúde é um excelente indicador das representações políticas e sociais de um momento da história e dos valores atribuídos ao ser humano em cada país. Mas essa ideia não é nova. Ela já é encontrada na filosofia platônica e, particularmente, em *Górgias*, onde é feito um paralelo entre as artes da alma e as artes do corpo. Dentre elas, a medicina é um verdadeiro modelo de « *techné* », demonstrando que a arte de curar é principalmente técnica e comandada pelo julgamento racional. Referindo-se frequentemente à medicina, Platão faz um paralelo entre corpo físico e corpo social, arte de curar e arte política (Lombard, 1999). Esta mesma associação ainda é válida atualmente. Mas ela pode ser ampliada: a analogia entre os comportamentos sociais, os modos de pensar e sua repercussão sobre a saúde é flagrante. Existe uma conexão entre o paradigma predominante em nosso mundo moderno e as repercussões, positivas e negativas, que dizem respeito às estratégias das políticas de saúde.

Sabemos que o desenvolvimento das sociedades humanas, seja no que se refere aos saberes ou aos avanços tecnológicos, responde aos grandes paradigmas do pensamento que se apresentaram sucessivamente na história e na filosofia dos conhecimentos (Foucault, 1966; Vaz e Lima, 2002; Paul, 2003, 2013; Sommerman, 2012). Essas representações paradigmáticas, associadas a uma postura ontológica, fenomenológica e lógica invariavelmente específica, desenvolvem conceitos de civilizações particulares que dão origem a atitudes especiais referentes à sua compreensão da saúde. Por exemplo, a relação com a água, benéfica hoje em dia (banho cotidiano, lavagem das mãos...)<sup>16</sup>, era percebida como negativa no século XVII no Ocidente (a água continha «miasmas» que produziam doenças).

A questão, então, é saber se as dificuldades que conhecemos atualmente, devido ao nosso modo de viver, de nos cuidar e de morrer, podem ser solucionadas pelo paradigma científico que predomina em nosso mundo, e que as construiu, ou se a complexidade crescente

---

<sup>15</sup> Licenciado e Doutor em Medicina (Universidade d'Aix-Marseille II, Mestre em Bioquímica e microbiologia (Universidade Paris VII), Mestre em Antropologia médica (Universidade Paris XIII), Doutor em Educação (Universidade Francois Rabelais de Tours, França)

<sup>16</sup> Vigarello, 1987.

dessas dificuldades vai exigir, progressivamente, uma mudança do nosso modo de ver e de pensar, geradora de um novo paradigma.

Ao mesmo tempo, isso concerne aos países que possuem certa riqueza: somente os países ricos podem dedicar uma grande porcentagem do seu PIB à saúde. E uma vez que, ainda em nossos dias, a maioria das pessoas não tem acesso à medicina científica, seria preciso refletir sobre as estratégias possíveis de resolução desse problema. Essa situação, apesar de não ser diretamente o nosso objeto de estudo, não pode ser excluída. É importante, portanto, ao menos mencioná-la. Por outro lado, as estratégias que são encontradas deveriam ser questionadas. Não há, de fato, uma certeza de que as nossas sociedades possam ainda enfrentar, de modo sustentável, o aumento dos custos da saúde sem que elas mesmas sejam ameaçadas. E nesse caso, como encontrar novas soluções que sejam eficazes, porém menos onerosas? Porque, se até hoje, o desenvolvimento de um sistema de saúde, muito oneroso, tem dependido das políticas nacionais, as respostas não podem ser apenas financeiras, mas também conjunturais e culturais.

Portanto, a questão da saúde, quando globalizada, é muito mais diversificada e matizada do que poderia parecer. Torna-se delicado, então, apresentar reflexões que seriam válidas para a maioria. Nesse sentido, o questionamento exposto neste artigo deve ser entendido como um ponto de vista relativo e sem qualquer pretensão de ser exaustivo. Ao mesmo tempo, certos dados que apresentaremos (crescimento da população mundial, desigualdades sociais no acesso aos cuidados médicos, poluições diversas...) devem estar presentes na mente, porque eles interferem, de uma maneira ou de outra, na saúde.

Nesse contexto geral, defendemos a hipótese da necessidade de uma mudança paradigmática no interior de um exercício profissional cada vez mais difícil. É nessa direção que será preciso conduzir as transformações dos nossos sistemas de vida e de saúde nas próximas décadas. Essa mudança exige sair do quadro de uma causalidade simples e redutora da doença (por exemplo, de um modelo epidemiológico que foi validado, mas principalmente nos casos das patologias agudas) para ter acesso à complexidade dos fatores envolvidos nos cuidados médicos (multifatorialidade da doença ; multiplicidade dos recursos terapêuticos disponíveis, estruturados segundo epistemologias diferentes que devem ser distinguidas e religadas ; integração de novas tecnologias, cada vez mais especializadas, complexificando a prática médica ; interação entre as diferentes representações subjetivas dos cuidados médicos que implicam as pessoas : doentes, famílias, profissionais...).

A abordagem desse conjunto de fatores não pode ser pretendida no contexto desta publicação. Nós nos limitaremos a salientar alguns pontos. Em primeiro lugar, procuraremos sensibilizar para a relação entre saúde e ambiente, tanto pela questão do crescimento da população mundial, como no que se refere à sua relação com as patologias ambientais. Os fatores sociais também favorecem extremamente o aumento das doenças crônicas. Após a clarificação desses dois pontos, a questão das diferentes representações sustentadas pelos modelos de saúde que reforçam nossos comportamentos será especificada, de modo a considerar que não existe verdade absoluta nesse campo. Frente à complexidade e aos numerosos desafios que se apresentam a nós, sugeriremos, finalmente, a relevância de novos modelos de pensamento e de uma mudança de paradigma que, em nossa análise, deveria se direcionar para os valores interdisciplinares e transdisciplinares.

## **1. Saúde e ambiente**

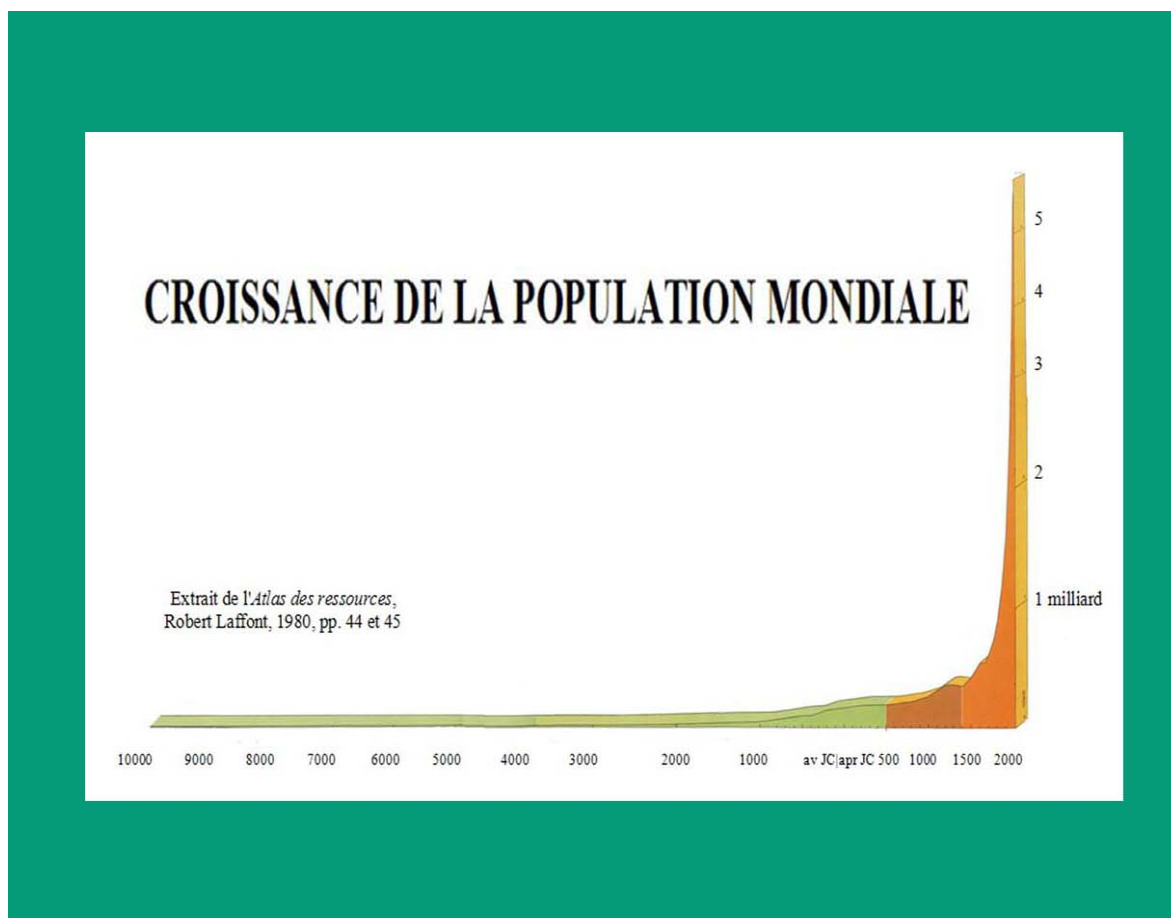
A questão das relações entre saúde e ambiente vem se tornando progressivamente clara. Mas não se pode dissociar a questão do meio ambiente da do aumento da população mundial e de todos os desafios que lhe são associados.

### *Ambiente e população humana*

A ideia geral exposta aqui é que o desenvolvimento social e suas consequências sobre o ambiente têm um impacto considerável na saúde.

(Cf. Internet - Crescimento exponencial da curva da população mundial: alguns milhares de pessoas, há 100 000 anos, que deram origem aos seres humanos atuais; 500 000 pessoas no ano 0 da era cristã; 1 milhão no ano 1000; 2 bilhões em 1900? Cerca de 8 bilhões hoje e de 14 a 16 bilhões no final deste século).

## CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL



(Fonte : Google – Extraído de *L'Atlas des ressources*, Robert Laffont, 1980, pp. 44 e 45).

Essa inflação demográfica pressupõe uma organização social eficiente. Progressivamente, mais doentes devem ser tratados, o que significa que a gestão da organização e do acesso aos cuidados médicos vai se tornando cada vez mais difícil. Essa dificuldade é encontrada no pequeno número de hospitais (favorecendo as longas filas de espera), no transporte dos acidentados, nos crescentes riscos de catástrofes naturais ou industriais (Wunenburger, 2006). Mas esse crescimento demográfico também acarreta inúmeras desigualdades que, necessariamente, são fontes de dificuldades. Por exemplo, o acolhimento de populações novas, imigradas, muitas vezes com saúde precária, com representações culturais diferentes quanto aos cuidados médicos. O confinamento das populações em espaços geográficos reduzidos, devido ao desenvolvimento das megalópoles urbanas, é também gerador de estresse e de violência<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Cf. Por exemplo, as experiências com ratos, de Henry Laborit (1980), referentes à inibição e à agressão frente ao estresse. Essas experiências são descritas no filme *Mon oncle d'Amérique* [Meu tio da América], dirigido por Alain Resnais, 1980.

Paralelamente ao aumento da população, deparamo-nos com as exigências alimentares, vitais, urbanas e organizacionais que são sua consequência. Aumentar a produtividade - logo, a produção - é uma das apostas essenciais. Mas a utilização dessa produção de riquezas é muito contrastada. Sabemos, com efeito, que existem numerosas desigualdades sociais nesses campos. A respeito disso, o economista catalão Xavier Sala-i-Martin publicou um artigo bastante completo no *Index of Economic Freedom 2007*. A taxa de pobreza passou de 47% em 1970 para 21% em 2000 e o número total de pobres passou de 1.6 bilhões para 1.2 bilhões. A América Latina, por sua vez, teve uma evolução contrastada: a taxa de pobreza foi dividida por dois entre 1970 e 2000, mas a parte essencial dessa evolução concentra-se no período dos anos 1970. Depois disso, pouquíssimos progressos foram constatados.

Se a pobreza é geradora de problemas de saúde, à explosão demográfica e ao aumento da pobreza soma-se o crescimento cada vez maior dos custos da saúde. Esses custos são certamente assumidos, pelo menos em parte, pelas instituições estatais e privadas que têm por missão favorecer o acesso aos cuidados médicos. Mas os sistemas públicos, em regra geral, são deficitários e as seguradoras privadas têm cotizações cada vez mais caras. O preço da saúde é exorbitante! Basta ver o custo de uma intervenção cirúrgica ou da injeção de um produto de quimioterapia para se convencer disso. Sem os sistemas de seguro de saúde poucas pessoas poderiam se tratar. Mas esse custo é necessariamente assumido pela própria sociedade e por seu sistema de solidariedade obrigatória ou voluntária. Essa situação tem poucas chances de prosseguir por muito tempo. Ela dá lugar, então, a uma economia crítica da saúde (D'Intignano, 2001). Mas ainda não há, até hoje, uma solução aceitável que permita um sistema de saúde performante cientificamente, justo eticamente, humanamente eficaz e suficientemente econômico para que não haja ameaça ao acesso aos tratamentos. As soluções atuais apresentam resultados a curto prazo. A amplificação dos problemas nos leva a presumir o crescimento das dificuldades que deverão ser tratadas pelas futuras gerações.

### ***As doenças ambientais***

As consequências do aumento da produtividade sobre a saúde, seja no caso das pressões associadas ao ritmo de trabalho nas indústrias ou da produção de gêneros alimentícios que precisam de vários produtos fertilizantes (adubos...) e de tratamento (pesticidas...) não são muito claras. Numerosos estudos mostram, todavia, a existência de riscos reais, em certo prazo, para a saúde.

Cada vez mais patologias são associadas à visão que temos do nosso vínculo com a natureza imposta pelo desenvolvimento social. Esse tipo de relação deve ser objeto de consideráveis transformações devido ao risco de crises maiores. Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, diz que até 24% das doenças no mundo são causadas por exposições ambientais, que poderiam ter sido evitadas por intervenções focadas que preveniriam a parte essencial dos riscos ligados ao ambiente. Esse relatório estima ainda que mais de 33% das doenças que se manifestam nas crianças de menos de 5 anos são causadas por exposições ambientais. Com a prevenção dos riscos associados ao ambiente seria possível salvar as vidas de cerca de quatro milhões de crianças, sobretudo nos países em desenvolvimento.

As diversas poluições e a destruição do meio ambiente constituem, acima de tudo, um problema de paradigma. Há longo tempo, a natureza vem sendo considerada como inesgotável, reproduzindo-se incessantemente. Há longo tempo também, ela é vista como hostil, exigindo ser vencida. Se a natureza designa aquilo que nasce (M. Serres, 2003), a noção de cultura - dentre as muitas definições que ela possa ter - poderia ser entendida como o adquirido que se opõe ao inato e que, de certo modo, reprime o seu movimento sob a forma de proibições. Segundo Levi-Strauss (1949), existiria, por exemplo, uma proibição fundadora da cultura, o incesto, que testemunharia uma tentativa de controle, pela regra (cultura), das forças de vida naturalmente incontroláveis e universais. Todavia, essa abordagem que considera a natureza como perigosa e devendo ser dominada já está muito distante da de Hipócrates, para quem o corpo humano podia curar-se a si próprio naturalmente. E essa intervenção natural podia ocorrer sem mesmo o apoio do médico (*vis medicatrix naturae*); esse efeito placebo (que antecipamos, pois esse termo só aparece no Renascimento) supõe considerar a importância de não prejudicar esse processo natural de cura (*primum, non nocere*).

O corpo responde do mesmo modo que a natureza. O fato de que o nosso ambiente seja poluído, de que a vida possa diminuir tanto nos oceanos e rios como nas florestas deveria nos despertar para o fato de que, se nada for feito, nós responderemos aos mesmos perigos daqui há algum tempo. Porque os mesmos metais pesados, pesticidas, etc. que esterilizam as populações animais também nos afetam. E as interações oferecidas pelas diversas moléculas provenientes da indústria química, não sendo naturais, apresentam riscos para o organismo que são difíceis de avaliar.

É também nesse sentido que é preciso compreender a ação dos medicamentos. No exercício médico moderno, o desejo de eficácia - todas as investigações demonstram-no -

propicia à maioria das moléculas eficientes uma possibilidade de contra-ação negativa. Os fatores iatrogênicos associados aos medicamentos úteis ou inúteis são numerosos. E, em geral, eles são pouco considerados nas prescrições. Esses efeitos são bem repertoriados atualmente, caso a caso. Não sendo sugerida, de modo algum, a proibição da utilização dos medicamentos que os contêm. Mas a avaliação entre benefício e risco nunca é fácil em termos de uma medicina que se baseia muito mais no tratamento das doenças do que na realidade dos doentes. Afinal, são as pesquisas estatísticas que têm a primazia. Geralmente, é a avaliação de uma ação positiva das prescrições, muitas vezes superestimada, que é a regra numa medicina centrada na medicação. Uma real apreciação entre os benefícios esperados e os riscos possíveis é mais difícil: fora do contexto de sua prescrição, o médico sente-se muitas vezes impotente. Sem a prescrição, o estatuto mesmo do médico, sua «*techné*» e seu poder seriam indubitavelmente questionados. Mas esses comportamentos culturalmente ancorados poderiam modular-se a partir do momento em que outras abordagens do cuidado médico, complementares, pudessem ser associadas. Tratar-se-ia, então, de associar medicina científica e práticas complementares de tal maneira que uma hierarquização das prioridades e das intervenções, respeitando uma abordagem plural e global, torne-se possível. Essa integração visaria à melhor avaliação das possibilidades de tratamento de modo a privilegiar o diálogo, a eficiência, a redução dos custos e a qualidade de vida.

O conjunto desses efeitos, positivos e negativos, decorre de uma opção paradigmática que aborda os elementos vitais e a saúde segundo uma ótica mecanicista, objetiva, causalista e racionalista que prevalece na ciência desde o final do século XIX. Mas o importante é valorizar as virtudes de uma visão hermenêutica, por sua capacidade de dar sentido a um pensamento complexo que não pode se reduzir ao paradigma científico clássico (Wunenburger, 2006).

### ***Os dois grandes paradigmas do cuidado***

Resumidamente, os sistemas de cuidados inscrevem-se em dois grandes paradigmas: o do xamã e o do médico.

A palavra «xamã» é conhecida desde o século XVII. «*Sam*» (uma raiz altaica) significa «agitar-se», «dançar», «mover-se». A ideia geral é de um homem habitado por forças animais e capaz de imitá-las. Mas para se chegar a isso - como demonstram os estudos antropológicos - supõe-se uma experiência interior, uma iniciação, em regra geral associada a uma morte simbólica, fazendo com que o xamã seja aquele que sabe e conhece o poder regenerador da natureza por havê-lo vivido. Essas práticas são então centradas na mediação entre seres

humanos e espíritos da natureza (as almas dos animais, dos mortos do clã, das pessoas doentes a reconduzir à saúde...). Esses cuidadores: feiticeiros, curadores, etc. são encontrados em todos os povos (Nathan; Stengers, 1995). Mas é preciso também incluir nessa categoria a medicina chinesa, tibetana, ayurvédica, aborígine... Também entram nessa categoria: a utilização das águas (termas), das plantas, dos cristais e das pedras, o poder de cura atribuído às mãos, à oração e à meditação...

A palavra «médico», etimologicamente, provém do indo-europeu «*med*»: «tomar medidas de ordem com autoridade». Palavras aparentadas (latim): *mederi*, «oferecer cuidados»; *meditari*, «estudar», «aplicar-se»; *meditatio* «preparação, exercício». A medicina é entendida como uma ciência e um conjunto de técnicas dedicadas à prevenção das doenças e ao seu tratamento. Neste sentido, ela baseia-se no conhecimento das doenças (patologia), favorecendo, ao mesmo tempo, o seu diagnóstico e prognóstico. Mas, se antigamente, a prática médica concernia principalmente à arte, atualmente ela é valorizada por sua legitimidade científica e por suas proezas técnicas. Porém, o seu enraizamento científico apresenta uma contraface problemática: sendo cada vez mais objetiva, a medicina se separa da pessoa humana em sua inteireza. O reducionismo que ela efetua se revela, ao mesmo tempo, como positivo e negativo. Quando os recursos vitais de uma pessoa estão envolvidos, no caso das doenças agudas, e quando são exigidas ações técnicas sofisticadas, seu benefício já não precisa ser demonstrado. Inversamente, inúmeras pessoas protestam contra a sua «desumanização». Esta é, por sinal, a direção assinalada pelas críticas mais contundentes ao sistema médico atual. O espectro da desumanização, amplificado pela transformação do homem em objeto médico e pelas necessidades de gestão financeira cada vez mais limitadoras, apresenta-se várias vezes. É verdade que o pensamento predominante e o despotismo da rentabilidade acentuam a pressão sofrida pelos profissionais e, conseqüentemente, a insatisfação dos doentes. Mas estabelecer uma verdadeira relação entre as pessoas, pois curar o corpo não é reparar uma máquina (Wunenburger, 2006), sugere uma mudança de visão de uma medicina que, ao menos presentemente, acredita bem mais na importância de tratar de um órgão deficiente ou de uma doença, do que na de acolher uma pessoa singular; o reconhecimento dessa necessidade de mudança implicando um verdadeiro diálogo consigo mesma.

A história do pensamento médico desenvolveu-se, portanto, a partir de dois paradigmas que constituem duas visões diferentes da vida tornadas operatórias. A primeira recorreu à mediação entre a natureza exterior e a interior, estabelecendo uma analogia entre corpo individual e «corpo» do mundo (incluindo os astros). A segunda desenvolveu-se a partir da



visão mecânica do corpo (que funciona como um relógio, um autômato...). Mas o aspecto importante é que, tanto em um caso como no outro, não se trata de se pronunciar com base no critério de verdade ou de erro, e sim de admitir o fato de que as práticas de cuidados não são derivadas de uma representação direta do seu objeto, pois elas sempre adotam o caminho de um modelo, cosmos ou máquina, natureza ou técnica, para passar do desconhecido para o conhecido (Wunenburger, 2006).

Certos aspectos positivos da pós-modernidade já não precisam ser demonstrados. Outros, mais difíceis de apreender parecem ser negativos. A curto prazo, os benefícios, geralmente, predominam sobre os efeitos perversos. A médio e a longo prazo, essa visão positiva e sobrestimada não é de modo algum segura. Quer se trate das poluições (respiratória, alimentar, das águas...), do efeito iatrogênico dos medicamentos, dos produtos agrícolas como os pesticidas, das embalagens alimentares ou mesmo dos produtos de beleza (40% desses produtos, como os diferentes dentifrícios, shampoos, maquiagens, cremes, etc. que utilizamos, são causadores de perturbações endócrinas), hoje é possível perceber melhor todos os possíveis efeitos perversos dessa visão a curto prazo exigida pela rentabilidade e pela eficácia.

Uma das orientações, portanto, acentua a sofisticação cada vez maior da tecnologia médica, das aparelhagens ou dos medicamentos, com procedimentos informatizados para assegurar a responsabilidade dos cuidados. Tal sistema considera que são essas técnicas e conhecimentos que conduzem à saúde. A outra abordagem é mais ecológica. Reconhecendo que o indivíduo, tal como a terra, dispõe de recursos limitados, ela considera importante modificar os estilos de vida autodestruidores, enfatizando a prevenção; o que implica a autonomia das pessoas e a responsabilidade por sua saúde (Pelletier, 1982).

Afinal, a abordagem dos desafios que devemos admitir no campo da saúde não pode ser concebida sem que seja reconhecida a estreita conexão existente com a sociedade, com suas necessidades, representações, propostas de soluções, incluindo o conjunto de atores políticos, econômicos, científicos... Mas o engajamento nessa abordagem supõe o desenvolvimento de um pensamento paradoxal e sistêmico, aberto para a complexidade das diversas representações de saúde.

### *As doenças crônicas (Paul, 2013)*

Existe também um problema maior para o sistema de saúde e que vai aumentar nos próximos anos. Todo profissional de saúde tem conhecimento disto. Estamos assistindo a uma verdadeira «epidemia» de doenças crônicas, que vêm aumentando significativamente na

sociedade ocidental. Sabemos que daqui a dez ou vinte anos o número de doenças crônicas será multiplicado de maneira considerável. O sistema social de saúde terá, então, uma incapacidade concreta de responder a isso, pois os gastos com a saúde serão demasiadamente altos para serem assegurados pela coletividade. É importante, portanto, encontrar respostas, o mais rapidamente possível. Algumas delas são ambientais, outras políticas, econômicas... Algumas dessas respostas concernem diretamente à saúde, pois daqui a dez, vinte ou trinta anos, o sistema de seguro social já não poderá assumir o custo desses doentes crônicos. Uma das atuais reflexões na Europa convida a questionar os comportamentos dos doentes e dos profissionais de medicina e saúde pública com relação à saúde. Esses comportamentos podem se associar a uma percepção melhor das nocividades ligadas ao meio ambiente vital (ecologia, alimentação, urbanismo...). Essa melhor compreensão e suas consequências constituem o objetivo educativo (educação para a saúde, educação terapêutica...). O conjunto de ideias que poderiam ser apresentadas nesses campos é muito amplo para ser desenvolvido no contexto do presente estudo, que se limitará à prática dos cuidados médicos. Contudo, atualmente, é evidente que todas essas dimensões estão ligadas.

Uma doença crônica é uma doença de longa duração, evolutiva, muitas vezes associada a uma invalidez. Não é possível, portanto, falar de cura numa doença crônica, e sim, no melhor dos casos, de estabilização e de não evolução. Ela associa-se regularmente à ameaça de complicações graves - logo, a um prognóstico vital negativo que, no devido tempo, acaba se confirmando.

As doenças crônicas compreendem<sup>18</sup> doenças como: insuficiência renal crônica, bronquites crônicas, asma, doenças cardiovasculares, câncer ou diabetes, doenças que provocam graves deficiências como a esclerose em placas; doenças raras como a mucoviscidose, a drepanocitose e as miopatias; doenças transmissíveis persistentes, como a AIDS ou a hepatite C; transtornos mentais de longa duração (depressão, esquizofrenia...).

São patologias que vão evoluir com maior ou menor rapidez, durante vários meses no mínimo, ao ritmo de complicações mais ou menos graves. Em muitos casos, elas se traduzem pelo risco de invalidez ou de deficiência temporária ou definitiva.

Mais precisamente, as doenças crônicas são definidas:

---

<sup>18</sup> Classificação apresentada no site do Ministério da Saúde da França, «Plan pour Améliorer la Qualité de Vie des Personnes Atteintes de Maladies Chroniques 2007-2011 ».

- pela presença de uma causa orgânica ou psicológica;
- por uma duração de pelo menos vários meses;
- pela repercussão da doença na vida cotidiana: limitação funcional das atividades e da participação na vida social; dependência em relação ao terapeuta, a uma tecnologia médica e à intervenção de profissionais; necessidade de cuidados médicos ou paramédicos, de ajuda psicológica, de educação ou de adaptação.

A qualidade de vida dos pacientes acometidos de doenças crônicas não havia sido considerada nem de modo específico nem através de uma lógica transversal. O que foi feito com o lançamento do projeto do Ministério da Saúde francês: «Plano para Melhorar a Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas de Doenças Crônicas 2007-2011», que, desde abril de 2007, é um dos cinco planos estratégicos da lei de 9 de agosto de 2004, relativa à política de saúde pública.

De fato, a lista das doenças crônicas alonga-se com o tempo. Hoje, por exemplo, nela pode se integrar o conjunto das patologias cancerosas, a obesidade, entre outras.

Em todos os casos, com essa política de saúde pública trata-se de oferecer aos pacientes, que não dispõem delas, competências de autocuidados e de adaptação às novas condições de vida, de maior ou menor invalidez. É importante também ajudá-los a diminuir as complicações que seriam evitáveis. O desafio, portanto, é justamente o da manutenção de um estado de saúde satisfatório ou mesmo, às vezes, de uma melhora da qualidade de vida da pessoa e de seus próximos pela compreensão da doença, de suas consequências em termos de eventuais efeitos indesejáveis, das precauções a tomar, do alívio dos sintomas. Trata-se também, com as tentativas de evitar complicações, de proporcionar economias em saúde (Sandrin-Berthon, 2000). A adesão ao tratamento ambulatorial e a participação na planificação do acompanhamento médico, entretanto, não são fáceis quando é preciso confrontar-se com as mudanças de estilo de vida ou de representação de si. Ajudar na compreensão das repercussões da doença crônica por meio de uma escuta atenta dos pacientes e dos que os cercam faz parte da missão atribuída à Educação Terapêutica dos Pacientes (ETP) acometidos de doenças crônicas.

### ***O aumento das doenças crônicas modifica o cenário sanitário***

Assistimos a um verdadeiro aumento de doenças crônicas (Sandrin-Berthon, 2000). Em todos os países que desenvolvem um estilo de vida tipo «ocidental» faz-se essa mesma

constatação. Uma parte desse crescimento está ligada ao aumento da duração de vida das populações, graças à eficácia terapêutica, à higiene... Mas, paralelamente, o estilo de vida em nossas cidades, a poluição, os problemas relacionados com o meio ambiente, o tipo de agricultura, as condições da vida profissional, o estresse, são fatores geradores de patologia. A questão é saber por quanto tempo o atual sistema social e médico poderá resistir e cuidar dessas pessoas. Pois o custo dessas patologias, já considerável hoje, não para de aumentar, anunciando uma imensa crise no sistema de saúde.

Paralelamente, a medicina que nós conhecemos divide o doente. Seus fundamentos repousam, de fato, no reducionismo, no mecanicismo e na objetividade. Como cada uma das especialidades médicas age por sua própria conta, o doente se sente quase sempre ignorado e não considerado em sua globalidade. Ele não é ouvido, pois o que importa é a seleção das informações que tornam possível um diagnóstico da doença. As queixas e as falas do paciente não têm importância a não ser em função desse objetivo e nessa mesma medida. O que não favorece o diagnóstico é rejeitado o mais rapidamente possível. Não há nenhuma surpresa, portanto, ao assistirmos a uma disparada dos custos em saúde, visto que na maioria das vezes a doença crônica não depende de uma causa única, estando associada a uma origem multifatorial. A eficácia máxima da medicina diz respeito, muitas vezes, às patologias uni fatoriais e agudas. Nesses casos urgentes, os atos simples, mecânicos, especializados são eficazes e preciosos. Mas, progressivamente, os cuidados médicos postulam uma abordagem implicando inúmeros fatores (Santiago-Delefosse, 2002), tornando-se, de fato, complexos. O desenvolvimento, no tempo, da cronicidade supõe também uma abordagem mais global (as complicações podem atingir diferentes órgãos, exigindo diferentes profissionais de saúde) e um envolvimento do doente, da família, dos médicos no sentido amplo de uma educação visando à autonomia. Trata-se, então, mais ainda que cuidar de uma doença, de acompanhar um doente (Sandrin-Berthon, 2000) em ligação estreita e interdependente com tudo o que o circunda. O encargo global torna-se indispensável, uma vez que somente ele permite agir sobre os diferentes parâmetros que têm uma incidência no doente e em sua patologia. Esse encargo é o mais pertinente, mais eficaz e mais econômico em matéria de custos.

Mas, para acompanhar um doente, é preciso sair da representação exclusiva oferecida pela metodologia científica, que visa à objetividade da doença, para acolher a subjetividade das pessoas. O que requer sair do paradigma predominante na medicina moderna para se direcionar para outros olhares possíveis.

## *A emergência, no interior do exercício médico, das medicinas complementares*

Outras abordagens e olhares são, de fato, possíveis. O reconhecimento da subjetividade das pessoas, em particular, encontra-se claramente enunciado na maioria das medicinas complementares. É o caso, por exemplo, da acupuntura e da homeopatia. Apreender o corpo como uma totalidade viva inserida na totalidade do mundo (paradigma vitalista e holista), estabelecendo a ligação entre a parte e o todo (pensamento analógico), constitui a prática de certas medicinas tradicionais, como a acupuntura, que consideram as relações e as leis que unem o organismo aos diferentes elementos naturais. O microcosmo revela o macrocosmo e vice-versa. É, então, o mundo que serve de referencial para o entendimento do corpo (Wunenburger, 2006). A homeopatia, por sua vez, baseia-se em outro paradigma, dualista. Este (Paul, 2003) valoriza ao mesmo tempo a singularidade (*cogito ergo sum*) e o espírito (*rex cogitans*). Mas se o bem associa-se ao espírito, o « mal » está na matéria (*rex extensa*).

No mundo ocidental, a supremacia da medicina científica afirmou-se ao longo do século XX. Mas as medicinas tradicionais mantiveram-se, no mesmo período, em lugares ou com populações para as quais o acesso à medicina alopática era difícil. Todavia, um novo fenômeno desenvolveu-se progressivamente, a partir dos anos 1970, no próprio mundo ocidental: a introdução de novas práticas, mais ou menos provenientes das abordagens tradicionais, realizou-se lentamente. Essa introdução - dando sequência à revolução cultural de 1968, associada a uma revalorização da natureza, do bem-estar e das experiências interiores - tenta contrabalançar a hegemonia do princípio materialista da medicina científica. Particularmente, a maioria das novas abordagens valoriza a questão do sujeito, do sentir, da pessoa singular (homeopatia, acupuntura, etc.), reintroduzindo, de outra maneira, um princípio vitalista (tornado energético) que havia sido eliminado, no final do século XIX, com a predominância da objetividade científica. Paralelamente, uma abordagem mais global é pesquisada; uma globalidade que seja, ao mesmo tempo, material (pelas interações entre pessoa doente e ambientes: natural, familiar, urbano, psicológico, social...) e espiritual (muitos sistemas alternativos de cuidados invocam uma realidade espiritual, divina, causa e finalidade de tudo, mas também explicativa da doença).

O encontro – hoje em regra geral aceito -dessas duas categorias de cuidados é dos mais ricos: é sempre preferível que um sistema social, político ou médico se construa por meio de um jogo dialético de busca de equilíbrio entre forças contrárias permitindo as transformações, do que pela hegemonia de um único pensamento. O reconhecimento da pessoa humana, da sua singularidade, em lugar do exclusivo tratamento estatístico, físico e quantitativo, reabriu a

medicina científica para o resgate da sua nobreza mediante o reconhecimento da necessidade de sua humanização (por exemplo, com o conceito de «cuidado», Ayres, 2004 ; ou o de educação terapêutica, Paul, 2013 ; etc.)

Essas novas abordagens possibilitam cruzar a busca de uma explicação causalista com a de uma compreensão hermenêutica mediante o reconhecimento e o respeito, ao mesmo tempo, às realidades científicas e à dos sujeitos e do Ser. Esse procedimento direciona a prática médica para uma ontologia plural dos cuidados. Se a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (Paul, 2013) podem fundar o novo paradigma, essa postura não é recente. Introduzida nos hospitais desde os anos 1930 (Nardin, 2010), ela primeiramente consistiu em facilitar o acesso geral aos cuidados e na melhoria das condições materiais de vida das pessoas hospitalizadas (por exemplo, o desaparecimento das enfermarias comuns). O reconhecimento mais tardio, no final do século XX, das medicinas complementares inscreve-se preferencialmente em um retorno às realidades mais sutis e subjetivas do ser humano e da sua espiritualidade, que haviam sido expulsas da medicina, no final do século XIX, devido à contestação das teorias vitalistas.

É preciso não esquecer de mencionar a importância de reconhecer os saberes tradicionais provenientes das culturas ancestrais indígenas. Essa categoria, que, com exceção da antropologia, certamente não faz parte dos conhecimentos acadêmicos, é, inversamente, totalmente admitida numa abordagem transdisciplinar, uma vez que a transdisciplinaridade, que é igualmente transcultural, constrói-se pela tecelagem, não redutora, entre saberes acadêmicos e não acadêmicos.

Todas as contradições epistemológicas dos sistemas de cuidados que hoje estão lado a lado atestam, portanto, que está ocorrendo uma mudança paradigmática. Deve-se notar, enfim, que as medicinas complementares, por valorizarem a singularidade do sujeito, favorecem a responsabilidade e a autonomia dos pacientes, os autocuidados, o que, associado a tratamentos geralmente menos onerosos, ilustra a possibilidade de encontrar outras respostas possíveis aos desafios da saúde.

## **2. Uma saúde plural**

A introdução de uma visão mais ampla, mais global e plural dos cuidados médicos é, portanto, um dos indicadores de uma mudança de perspectiva. Porém, a introdução da pluralidade epistemológica requer, por sua vez, devido ao risco de se perder, uma transformação da racionalidade, que já não pode ser unicamente analítica e causalista. A formação dos profissionais no que se refere ao pensamento complexo (Morin, 1960), à «razão contraditória»

(Wunenburger, 1990) ou à lógica paradoxal (Paul, 2003) mostra-se indispensável para a abertura de um diálogo envolvendo representações diferentes em saúde que requerem o favorecimento de ligações entre a busca de causalidade explicativa da doença e a busca de sentido para o doente. Somente essas necessárias transformações do pensamento podem possibilitar, por sua vez, o desenvolvimento de uma medicina qualificada de transdisciplinar (Paul, 2003), de integrativa (Janssen, 2006) ou de global (Bodin, 2009) pelo encontro entre as abordagens clássica e complementar dos cuidados. Essa realidade pós-moderna torna-se uma das apostas da pluralidade médica, com a necessidade de tratamento de informações diferentes e regularmente contraditórias que devem ser analisadas, hierarquizadas e melhor utilizadas.

Certamente, e com maior frequência, existe uma ordem implícita. A medicina científica é vista como central e as práticas “alternativas” ou “complementares” são consideradas como secundárias, sendo mais associadas à busca de certo bem-estar do que a um poder curador. Geralmente, elas são vistas como suporte da ação médica clássica, na prevenção ou nos cuidados referentes aos sintomas. Elas são também convocadas posteriormente, nas fases terminais das doenças, quando qualquer intervenção médica clássica se torna inútil (cuidados paliativos). Mas essa situação pode mudar no sentido de uma colaboração e de maior interação. É uma questão de política de saúde, de informação e de formação médica. Porque a visão dos médicos é principalmente associada à sua formação. A predominância da medicina científica é cultural. Mas, como o seu custo é crescente, em algum momento seria preciso mudar as suas práticas ou pelo menos haver um comprometimento diante das enormes desigualdades sociais. A vantagem das medicinas complementares, geralmente associadas aos produtos naturais, é que elas são menos onerosas e têm menos efeitos secundários iatrogênicos, mesmo que sua eficácia seja um pouco mais relativa. Em termos de pensamento médico, seria muito mais rico poder dispor, por um lado, de produtos ou técnicas que são muito performantes, mas apresentam uma forte iatrogenia e, por outro, de técnicas e produtos mais suaves, talvez menos eficazes, mas bem menos iatrogênicos. Poder escolher entre possibilidades diferentes e hierarquizar as intervenções tendo em vista uma abordagem plural corresponderia, então, a desenvolver um sistema de saúde pluralista, eficaz e mais econômico. A situação atual é diferente: o pouco reconhecimento atribuído às medicinas complementares nas políticas de saúde torna a escolha terapêutica quase impossível. Não há reflexão global e integrada. Afinal, existem pacientes que, por ideologia ou por falta de escolha e de informação, dirigem-se à medicina alopática quando poderiam dispor, com a mesma eficácia, de tratamentos menos onerosos e apresentando menos efeitos secundários. Inversamente, existem pacientes que, por uma ideologia antitética,

dirigem-se às medicinas complementares com grandes riscos: por exemplo, o de atraso no diagnóstico impedindo o acesso aos tratamentos curadores. Existem também pessoas que, tendo meios financeiros para encarar as duas formas de cuidados, os clássicos e os complementares, poderão dispor de duas formas de tratamentos, mas sem a cooperação entre os profissionais. No final, os gastos com a saúde aumentam e a falta de comunicação faz com que certos tratamentos sejam assumidos e outros não. Cada um faz a sua pequena mistura pessoal em função de suas crenças do momento.

### ***Diferentes modelos de saúde***

Nesse sentido, uma formação global e uma cooperação entre diferentes modelos de saúde tornam-se necessárias. Formação e cooperação sugerem as apostas econômicas e sanitárias do futuro.

De modo sintético, e além da questão das relações entre medicina científica e medicinas complementares, as diferentes compreensões da doença e dos cuidados médicos apresentam-se a nós sob a forma de modelos, que podem ser repertoriados (Paul, 2013).

Podemos classificá-las em três modelos, associados a três diferentes abordagens da saúde: o da saúde negativa, para o qual a referência é a doença que convém evitar; o da saúde positiva, referente ao bem-estar que é interessante preservar; e enfim, o da saúde global, que constata a complexidade das determinações biológicas, psicológicas, socioculturais e mesmo espirituais que interferem na saúde e na doença. Cada um deles apresenta sua riqueza e seus limites, que devem ser conhecidos, uma vez que cada um sustenta, na maioria das vezes implicitamente, as atitudes.

### ***O modelo de saúde negativa***

O modelo mais clássico para os profissionais de saúde é o modelo biomédico (hoje denominado «*evidence-based medicine*»). Ele diz que toda doença tem uma causa que pode ser tratada (causalidade anterior). E tem como referência a doença e sua abordagem curativa (daí a denominação «saúde negativa»). É, portanto, o «*pathos*», a doença que determina as normas. Isso pode ser constatado quando não se fala mais de doença, e sim de saúde. Para esse modelo, com efeito, goza de boa saúde aquele que não está doente. E, para que isso aconteça, basta respeitar as normas estabelecidas pelos limites que o modelo oferece, pois sua ultrapassagem é significativa da introdução da patologia. Muitas vezes ele se associa também às intervenções de caráter médico.



Nesse modelo, a saúde consiste, acima de tudo, em combater o mal atual ou potencial e, sob a forma de prevenção, valorizar a ausência de doença. Em relação a este último ponto, o modelo propõe a questão da prevenção das doenças particularmente pela prevenção primária, secundária e terciária. Esse modelo de saúde negativa - muito ligado ao paradigma científico contemporâneo - é suficientemente dominante em nossa cultura para que não seja necessário aprofundá-lo agora. Mas afirmar tal referência ao mal, por mais evidente que ele seja, supõe uma boa apreensão das questões de saúde e doença. O que não é tão simples na prática, pois a crescente complexidade do mundo que nos cerca nos lembra a cada instante os limites dessa abordagem.

O interesse e limites desse modelo, conhecidos de todos, não precisam ser retomados. Para tornar mais simples e resumir, o modelo biomédico mostra-se particularmente interessante no campo concreto (mas limitado) das patologias agudas ou das relações simples entre uma patologia e sua causa. Porém, ele geralmente demonstra ser insuficiente quando as dimensões ambientais, psicológicas ou socioculturais são implicadas como interferências na saúde. O modelo biomédico baseia-se no paradigma científico clássico, que é positivista, mecanicista e causalista. Relacionada com esse modelo de saúde, desenvolve-se, em particular, a ideia de que, se a causa da doença for tratada, é possível voltar ao estado anterior de saúde. Essa representação, que não leva em conta a experiência singular e subjetiva da doença, foi questionada por uma abordagem mais filosófica da medicina (Canghilhem, 1966).

### ***O modelo de saúde positiva***

Em segundo lugar, de acordo com os valores estabelecidos na pós-modernidade e retomando a definição da OMS, a busca da boa saúde é sinônimo de procura do bem-estar (Leselbaum, 1998). Essa definição da saúde positiva pode parecer conjuntural, correspondendo a uma sociedade que valoriza o individualismo e o consumo. Ela corresponde, para Fassin (2001), à versão sanitária da busca de felicidade, cuja importância cultural em nossas sociedades modernas é conhecida. O bem-estar como definição da saúde não é, todavia, um critério absoluto: fumar, beber, comer, ter relações sexuais satisfatórias, trabalhar e ter lazer podem ser analisados, igualmente, como indicadores de prazer e de felicidade. Os mesmos atos, como sabemos, podem também ser prejudiciais. A gestão racional dos riscos (Massé, 2001) supõe, portanto, realizar uma reflexão que se situa mais além das normas coletivas contemporâneas sobre a felicidade, a fim de determinar o que pode operar como fator de resiliência ou de patogenia, categorias que não apresentam nenhuma fronteira estável entre elas, mesmo porque não somos todos iguais frente aos mesmos riscos.

Paralelamente a essa versão moderna da saúde positiva, devem inscrever-se nessa categoria as abordagens tradicionais de saúde orientadas para os mesmos objetivos, uma vez que, a exemplo do modelo de saúde positiva, elas propõem manter uma qualidade de vida. É o caso, por exemplo, da medicina tradicional chinesa, que propõe, entre outras coisas, práticas que favorecem a «longa vida» (Robinet, 1995), ou da homeopatia. Simplesmente, nessas abordagens, a meta difere porque não se trata de um consumo existencial de bem-estar como objetivo pessoal, mas de um respeito, de uma harmonização com os sopros vitais do universo, com os quais é importante deixar-se fluir.

Quaisquer que sejam os seus matizes, esse segundo modelo é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em sua declaração de 1948, adotada pela ONU, propõe a importância do bem-estar como agente de saúde. Esse bem-estar é subjetivo, pois está centrado nas necessidades da pessoa saudável e na sua própria definição de felicidade. Ele também tem como referência uma abordagem humanista, uma vez que privilegia o sujeito. Mas o que fazer quando o sujeito, em sua busca de bem-estar, fica doente e submetido a normas terapêuticas contrárias às suas próprias aspirações à felicidade?

### ***Os modelos de saúde global***

O modelo de saúde global apresenta a complexidade dos fatores que intervêm na doença, desde a prevenção em relação à pessoa saudável até o acompanhamento de pacientes terminais. Ele diferencia-se dos outros modelos pelo fato de que a complexidade dos fatores que ele apresenta supõe também a colaboração de inúmeros profissionais de competências diferentes. Esse modelo, tal como o compreendemos, exige o cruzamento de olhares - logo, de posturas fenomenológicas e epistemológicas diferentes. Nessa categoria, existem diferentes modelos de saúde. Quaisquer que sejam os seus matizes, o importante é considerar cada um deles em ligação com a complexidade dos determinantes que o constituem.

Dois modelos são apresentados com mais frequência quando se fala em abordagens globais: o modelo ecológico e o de saúde comunitária.

### ***O modelo ecológico***

O modelo ecológico, em ruptura com o modelo positivista e com a investigação biomédica da causalidade, centra a prevenção no meio ambiente amplo da pessoa, mais do que na mera saúde física. Essa corrente pode favorecer a abordagem promocional ao valorizar – como o faria a medicina tradicional chinesa, por exemplo - a integração do indivíduo a um

ambiente harmonioso, fonte de saúde. O uso de ervas, a nutrição e as práticas de energia também estão incluídas. Uma das características dessa abordagem antropológica é adotar um ponto de vista resolutamente ecológico (Massé, 1995). Nesse contexto, a busca de qualidade associa-se ao meio em que se vive e a uma modificação da relação com o meio ambiente. A dimensão ecológica, no entanto, não é, diretamente, um instrumento de resolução de problemas ambientais. Ela visa bem mais à modificação de comportamentos dos cidadãos. Tal abordagem, contudo, como projeto educativo, favorece as relações do homem com seu meio ambiente. Daí a importância de uma melhor apreciação do campo da «ecoformação», como «espaço estratégico de situações vitais que liga, desliga, religa o organismo ao seu meio ambiente» (Pineau, 2001) por meio de um sistema em circuitos interativos de causalidade circular e não linear. A partir da nossa maneira de ser no mundo, o conceito de «eco» (ecologia/ecoformação) facilita a compreensão da ancoragem do homem na natureza e o sentido de sua interação, tentando definir um quadro de referência ética em relação ao meio ambiente. A ecoformação difere, portanto, das ciências ambientais. Deve mesmo ser diferenciada delas, pois se trata de reconstruir a nossa relação e a nossa ligação com os nossos ambientes. No plano metodológico, algumas práticas reflexivas decorrem dessa postura.

Sem rejeitar a noção de fator de risco ou de fator de proteção, o modelo ecológico enfatiza a análise das relações complexas que unem o indivíduo ao seu meio, reconhecendo explicitamente a capacidade do ser humano de agir sobre os fatores de vizinhança e sobre os sistemas sociais. Na prevenção, ele acentua as duas dimensões, natural e cultural, da intervenção. As atitudes (poluições, nutrição...) são geradoras de patologias nos meios vulneráveis. As intervenções terapêuticas visam, portanto, logicamente, modificar as condições de vida a fim de melhorar as interconexões entre meio ambiente natural e campo social (meio harmonioso, estabelecimento de redes que favoreçam o laço social...). A ação preventiva ou curativa é multidirecional, sistêmica e holista, devendo levar em conta a dimensão coletiva e estrutural dos problemas. Trata-se, afinal, da relação entre, por um lado, os fatores agravantes, como o estresse, a vulnerabilidade física, a autonegação, e, por outro, os fatores atenuantes, como as habilidades de adaptação, o suporte social, a autoestima, a harmonia ambiental; é essa relação que oferece a incidência dos riscos e da desordem (Fréchette, 2001).

### ***O modelo de saúde comunitária***

O modelo de saúde comunitária desenvolve o conceito de fatores de risco distinguindo os «fatores predisponentes», característicos dos indivíduos e dos ambientes de vida geradores de riscos, e os «fatores precipitantes», que são as crises e os acontecimentos estressantes que

revelam e manifestam o risco (Fréchette, 2001). Esse modelo integra a presença de fatores de robustez ou de proteção que tendem a diminuir a vulnerabilidade das pessoas. Essa resistência à influência dos fatores de risco é mais conhecida como resiliência (Cyrulnik, 2001). Esse modelo, aplicado à saúde, considera que é preciso ter como alvo os contextos locais, refreando ou facilitando a interação entre as pessoas ou a adaptação das pessoas ao seu meio. A pesquisa de indícios, a intervenção precoce e a intervenção de crise, como no modelo biomédico, são práticas usuais. Os fatores de resiliência são investigados, enfatizando-se os recursos e as forças que podem existir ou se desenvolver no meio concernido.

O modelo de saúde comunitária e o modelo ecológico apresentam zonas de interligação pelas práticas de desenvolvimento das comunidades locais: impedir a ruptura ou o enfraquecimento do laço social, incrementar o reconhecimento e as competências das pessoas e dos grupos, favorecer a reinserção, valorizar o saber experiencial, contribuir para a formação qualificante... Mas, se no modelo ecológico são os fatores ambientais que prevalecem, o modelo de saúde comunitária tem como alvo muito mais a coletividade que o meio ambiente ou o indivíduo, visando mais à prevenção que ao tratamento, evidenciando mais as competências que as patogenias (Guay, 2001).

O modelo de saúde comunitária, como metodologia compreensiva, está começando a aparecer na educação para a saúde na França. O objetivo dessas pedagogias é sensibilizar os aprendentes <sup>19</sup> para o seu papel de agente social por meio de um método baseado no diálogo, na crítica e na promoção do julgamento (Forestier, 2002). Ao criar condições favoráveis a uma conscientização dos valores - relativos à sua cultura e à sua história - interiorizados pelos grupos de aprendentes, trata-se, paralelamente, de melhorar a percepção de si mesmo, de tomar distância em relação ao olhar dominante, passando do estatuto de objeto ao de agente social. A reconquista do espaço de vida e das relações sociais passa pela valorização de imagens positivas mediante atividades comuns, permitindo o desenvolvimento de competências e transformando o estatuto em que a alteridade tem o poder sobre si em um estatuto que favorece a autonomia nas relações. O estado de melhor bem-estar que daí decorre favorece a participação social, a emancipação e a autoformação frente à gestão das imposições. Nesse contexto, pode-se supor que os diferentes elementos constitutivos de si mesmo sejam modificados positivamente (Forestier, 2002). Essa modificação da imagem de si no contato com os outros se manifesta

---

<sup>19</sup>A palavra «aprendente» vem sendo utilizada em lugar de «aprendiz» por indicar um processo, vivido pelo sujeito, que se inscreve na duração, numa continuidade sempre possível (N. da T.).

como poder de ação das pessoas e das comunidades (*empowerment*), construção identitária, procedimento educativo e processo sociocognitivo ao mesmo tempo. Aplicado à questão da saúde, esse tipo de raciocínio privilegia os modos de planificação descentralizados e orientados para a definição prioritariamente local dos problemas, sendo depois elaborados segundo um procedimento mais global.

### ***O modelo de saúde espiritual***

Um último modelo de saúde pode ser encontrado. Essa abordagem, tradicional, religiosa e antropológica, estabelece a ligação entre doença, saúde e espiritualidade<sup>20</sup> tanto no que se refere à origem do mal (os gênios tutelares, o diabo, a possessão...) como às forças convocadas para a cura: orações, meditações, curas xamânicas, encontro com espíritos, convocação da luz... Esse modelo de saúde também merece ser mencionado.

Se essas práticas vêm, há longo tempo, provocando risos nos que possuem uma formação científica clássica, numerosos estudos científicos recentes, particularmente nos Estados Unidos, têm demonstrado a sua eficácia. Podemos citar o papel positivo dos mantras ou da oração na saúde do coração<sup>21</sup>, além disso, a prática religiosa regular adotada por certas pessoas é um fator de longevidade, esse progresso sendo equivalente ao de não fumar<sup>22</sup>. Do mesmo modo, parece que o estado psicológico influi no prognóstico do câncer do seio<sup>23</sup>. E a religiosidade seria um fator de bom prognóstico nos quadros depressivos<sup>24</sup>. Segundo um estudo relatado numa revista médica francesa<sup>25</sup>, referente a mais de duzentas pesquisas realizadas nos Estados Unidos, as crenças e práticas religiosas diminuem o estresse e a gravidade das cardiopatias. Igualmente, a fé parece afastar as pessoas do alcoolismo e da toxicomania, cujas ações deletérias sobre a saúde são bem conhecidas<sup>26</sup>. É também conhecida, nos serviços de tratamentos paliativos, a importância de recorrer à espiritualidade e à religiosidade para acompanhar os pacientes terminais<sup>27</sup>.

---

<sup>20</sup> Cf. P. Paul, 2013, pp. 130-137.

<sup>21</sup> L. Bernardi e coll, *BMJ*, vol. 323, 22-29 /12/ 2001, 1446-1449.

<sup>22</sup> Universidade de Duke, artigo publicado em « Journal of Gerontology » e citado em *Quotidien du Médecin* n° 6539, 2 septembre 1999 ; ou ainda M. Mc Cullough, *Health Psychology*, vol. 19, n°3.

<sup>23</sup> Watson e coll. *Lancet*, 16/10/1999, pp. 1331-1336 ; Tucker, J. ; *Lancet*, 16/10/1999, p. 1320

<sup>24</sup> *American Journal of Psychiatry*, April 1998.

<sup>25</sup> *Impact Médecin Quotidien*, n° 851, mercredi 14 /02 1996, p.6.

<sup>26</sup> Segundo um relatório do National Center on Addiction and Substance Abuse, Universidade de Columbia de New York, publicado em *Quotidien du Médecin*, n° 7012, lundi 12/11/2001, p. 42.

<sup>27</sup> *Impact Médecin Hebdo*, n° 472, 3/12 1999, p.17.

Nas universidades norte-americanas, particularmente, vêm sendo abertos programas simultaneamente teóricos, clínicos e práticos que propõem a meditação, a visualização, o ioga, as técnicas de respiração, o tai-chi chuan, a nutrição alternativa, a acupuntura, a música, as artes<sup>28</sup> e outros métodos conhecidos da medicina holística. Essa abertura é uma expressão do pragmatismo norte-americano. Para além de ser um país muito religioso, a introdução desses programas em grandes centros universitários ocorre porque esses métodos funcionam.

### ***Integrar os diferentes modelos: um dos desafios do futuro***

Frente à multiplicidade de abordagens possíveis e complementares da saúde, o desafio da sua integração envolve, ao mesmo tempo, a eficiência dos cuidados e a sua avaliação em termos de benefícios/riscos para a saúde e para o tratamento das doenças, mas também a sua avaliação quanto à qualidade de vida dos doentes, das suas famílias, das economias em saúde pública e, enfim, da qualidade das relações entre profissionais de saúde e pacientes. Evidentemente, o impacto no ambiente, em termos de desenvolvimento sustentável, também deveria ser considerado na avaliação.

Integrar os modelos consiste também em ampliar o conceito de saúde global (ou de homem global). Esse procedimento não é novo. A escola Americana de antropologia reconhece a doença segundo três acepções : «*disease*» (doença biológica, orgânica) ; «*illness*» (doença psicológica) e «*sickness*» (doença social). Esse reconhecimento da complexidade da doença enraíza a realidade simultaneamente nos fatores físicos (genéticos, epigenéticos) em associação com o meio ambiente, nos fatores psicológicos e comportamentais, e, enfim, nos fatores culturais, sociais e espirituais. A introdução das representações espirituais ou religiosas pode mesmo aumentar o número de fatores envolvidos nos cuidados (por exemplo :«cármicos», na cultura indiana, ou associados a uma «possessão», na cultura africana...).

Se a integração é imperiosa, é interessante precisar a etimologia do verbo «integrar» (do indo-europeu «*tag*» e do latim «*tangere*», «tocar»). Ele sugere a noção de um contato com a ideia de algo «intacto» («*integer* ; *integritas* »). Daí «*integrare* », «restabelecer o seu estado primitivo». Nesse sentido, uma integração supõe um ato de reunião concreto, «palpável», que permite restabelecer um estado original, primitivo. Mas considerar a pessoa em sua globalidade e admitir diferentes epistemologias da saúde (Paul, 2003) exigem a introdução de um pensamento complexo e paradoxal em substituição às epistemologias holistas, dualistas ou

---

<sup>28</sup> Cf.P.Paul e R. Gagnayre (dir.), « Le rôle de l'art dans les éducations en santé », Paris: L'Harmattan, 2008.

monistas que geralmente constroem os sistemas de cuidados. O conceito de medicina integrativa requer, então, a convocação de diferentes abordagens e epistemologias, o favorecimento do diálogo e da parceria entre diferentes profissionais, bem como a aceitação e o reconhecimento de uma visão mais ampla e global do homem, no contexto da relação entre diferentes sistemas de cuidados e de culturas, para se chegar a uma eficiência máxima. Uma abordagem global supõe também que o ser humano seja visto em sua inteireza, implicando o físico, o emocional, o mental, o social, o ambiental e o espiritual.

Todavia, conciliar a necessária progressão dos avanços tecnológicos (modelo biomédico) e a reintrodução das medicinas complementares ou a noção de medicina humanista não é tão simples como poderia parecer. Se acrescentarmos o diálogo possível com outras representações do cuidado médico, as dificuldades tornam-se consideráveis no estágio atual da formação profissional. Esta deveria ser revisitada, o que supõe que as Faculdades de Medicina repensem a hegemonia do pensamento científico que as fez nascer<sup>29</sup>.

Integrar diferentes abordagens envolve, enfim, complexificar os cuidados, com a necessária articulação entre o diagnóstico médico clássico (anamnese centrada na doença), os diagnósticos que envolvem diferentes abordagens alternativas e o diagnóstico educativo<sup>30</sup> (testemunhando uma abordagem centrada no doente).

No final, diferentes eixos devem estar lado a lado, contradizer-se e integrar-se. O primeiro, ao cuidar de uma doença, visa à melhoria da qualidade de vida, o bem-estar do doente. Essa atitude é habitual nos cuidados médicos. O segundo, paradoxal, pois inverso ao primeiro, deve se ocupar ao mesmo tempo das capacidades naturais de autocura ou de apoio em forças naturais e do sentido que toda patologia necessariamente oferece em termos de autoconhecimento. Porque todo sofrimento pode ser visto também e complementarmente como oportunidade de crescimento interno, de conscientização de si mesmo, dos comportamentos inadequados, das atitudes errôneas, das crenças ilusórias que exigem transformações de vida ao risco de se repetirem.

Ao mesmo tempo, considerar a totalidade da pessoa, incluindo o máximo possível de fatores que exercem influência sobre a saúde e a doença, abrir-se para uma pluralidade de

---

<sup>29</sup> Seria mais o caso de um renascimento, uma vez que o seu nascimento, no final da Idade Média, foi baseado em princípios diferentes dos da medicina moderna, como, por exemplo, a medicina dos mores e dos temperamentos ensinada até o final século IX na Faculdade de Medicina de Montpellier e reproduzindo mais ou menos o modelo hipocrático da Grécia antiga.

<sup>30</sup>Paul, 2013.

representações da saúde e torná-las operatórias pode parecer uma pura utopia frente à falta de tempo dos profissionais, à ausência de formação efetiva, às desigualdades sociais, ao custo e às pressões sociais ou políticas que necessariamente se apresentam. Mas não fazer nada, inversamente, seria dramático. Porque é claro que o sistema atual de cuidados médicos, por mais eficiente que seja, não responde totalmente à sua missão. Se a sua eficiência nos atos técnicos e nos casos de doenças agudas foi provada, não ocorre o mesmo nos de doenças crônicas (Paul, 2013). Nestes casos, somente cerca de 30% dos doentes são estabilizados mediante o sistema médico atual, o que, ao contrário, supõe que 70% deles não o são. Essa situação é potencialmente explosiva para o sistema de saúde pública de todos os estados. Tentar oferecer algumas soluções revela-se, a médio prazo, vital para a sua própria sobrevivência. Enfim, além das reconhecidas apostas atuais, a futura crise, associada ao crescimento demográfico e ao aumento das patologias, particularmente as ambientais, deverá ser pensada desde hoje. É a própria sobrevivência do sistema de saúde coletiva que está em jogo.

### **3. Uma mudança de modelo de saúde?**

A confrontação com fatores cada vez mais complexos exige uma mudança de pensamento. Já não se trata simplesmente de tratar de uma doença a fim de voltar aos padrões supostamente saudáveis<sup>31</sup> (modelo de saúde negativa), nem mesmo de ver o ser humano em suas dimensões física, psicológica e social por uma ótica de bem-estar (OMS ; modelo de saúde positiva). Frente à complexidade dos fatores que influenciam a saúde, uma mudança de paradigma e de pensamento mostra-se, de fato, indispensável se quisermos, ainda que minimamente, responder aos desafios do futuro.

A aposta da medicina, demonstrada pela etimologia da palavra «medicina», consiste num estudo, num exercício e numa reflexão que se concluem com um ato de autoridade que conduz a oferecer cuidados. Sua prática, portanto, é principalmente reflexiva e curativa, associada aos atos técnicos. Mas essa realidade dos cuidados médicos conjuga-se progressivamente com uma busca de prevenção primária ou secundária. O aumento, em particular, das patologias crônicas (cerca de 5% ao ano) e do número de patologias cancerosas (igualmente cerca de 5% ao ano) hoje nos conduza estabelecer algumas associações com o nosso estilo de vida.

---

<sup>31</sup> Cf. Canguilhem, 1966.



Esse conjunto de fatores atesta um real problema de saúde pública quando consideramos que seremos confrontados com uma duplicação do número de doentes daqui a vinte anos. E mesmo que os sucessos sejam incontestáveis, as doenças crônicas, por sua própria definição, ainda são incuráveis. Elas podem pelo menos se estabilizar, o que já supõe gastos com a saúde e uma relativa diminuição da qualidade de vida dos doentes e das famílias, sempre envolvidas na doença. Porém, uma parte dos doentes vai apresentar agravamentos custosos em termos de finanças públicas e de invalidez das pessoas. E esse conjunto de problemas situa-se num contexto geral em que as práticas de cuidados incorporam avanços tecnológicos e terapêuticos cada vez mais performantes, porém onerosos, exacerbando as desigualdades sociais. Para tentar diminuir os custos, a duração das hospitalizações vem sendo encurtada. Mas isso, inversamente, traz o problema da organização de tratamentos ambulatoriais, sempre pluri profissionais, e do rastreamento, idealmente sempre mais precoce, para evitar as complicações. Todavia, esses dois pontos também atestam a dificuldade de diálogo e de seguimento quando se justapõem diferentes representações da doença para os doentes e diferentes representações do cuidado para os profissionais. A formação disciplinar, em particular, é sempre caracterizada por seu «fechamento» identitário, o que não facilita a comunicação interprofissional. Quanto ao rastreamento, em termos de prevenção primária, as diferentes sondagens e estatísticas mostram que, em geral, as campanhas são pouco seguidas (40 a 50% na França, por exemplo) e ambíguas (elas atestam um sobre diagnóstico, que conduz à ações particularmente cirúrgicas, sem um conhecimento real do potencial evolutivo das lesões assim diagnosticadas, mas que, inversamente, poderão ter repercussões na qualidade de vida das pessoas<sup>32</sup>).

Atualmente, esse conjunto de dados nos conduz a não mais considerar a doença a partir de uma simples relação de causalidade anterior. Torna-se claro, para cada profissional, que a doença não pode se dissociar do doente e dos seus diversos ambientes. A entidade nosológica<sup>33</sup> abre-se para a complexidade. Mas como perceber, compreender, abordar essa complexidade? Com quais desafios somos confrontados?

### *Alguns desafios*

Alguns desafios podem ser percebidos no que se refere à medicina, à integração do ambiente e das pessoas, e ao diálogo entre modelos de saúde.

---

<sup>32</sup> Cf. A respeito desses dados :<http://www.sante.gouv.fr> ou <http://www.has-sante.fr>

<sup>33</sup> Parte da medicina que estuda as doenças e classifica-as a partir dos seus sinais distintivos.

- *No que se refere à medicina científica:*
  - aprimorar as performances tecnológicas;
  - renovar a compreensão das doenças e das suas causas, hoje multifatoriais;
  - aumentar ou estabilizar a duração de vida das pessoas (se o aumento da duração de vida é incontestável nos últimos 50 anos, hoje nada parece indicar que esse processo continuará se desenvolvendo da mesma maneira. O aumento das patologias cancerosas, acometendo pessoas cada vez mais jovens, o das doenças metabólicas, da violência social, dos problemas ambientais, etc. nos permite pensar que a duração de vida das pessoas poderá diminuir nas futuras décadas);
  - estabilizar as doenças crônicas (diagnosticar mais rapidamente, evitar melhor as complicações...);
  - sair das fronteiras da hiperespecialização e dos fechamentos disciplinares - sem contestá-los - porque dificultam a comunicação interprofissional;
  - diminuir os custos da saúde pública a fim de oferecer à maioria o acesso a um novo sistema de saúde, mais social.
  
- *No que se refere ao ambiente:*
  - diminuir as patologias ambientais em todas as suas formas (respiratória, alimentar, água, materiais de construção, de embalagens, produtos de beleza...) graças ao respeito e ao reconhecimento da vida em seus diversos ambientes;
  - estabilizar os recursos naturais e o patrimônio genético para, particularmente, manter as oportunidades de descobertas de moléculas naturais que tenham uma ação positiva sobre a saúde;
  - refletir sobre a urbanização das megalópoles geradoras de concentração humana, de violência e suas consequências (estresse, poluição, eliminação de lixo...), que agem conjuntamente sobre a saúde.
  
- *No que se refere às pessoas:*
  - tentar compensar os problemas relacionados com o aumento da população mediante uma sensibilização maior quanto à exclusão social, às desigualdades de acesso ao que atende às diferentes necessidades vitais - logo, aos cuidados médicos;
  - melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias;
  - lutar contra as desigualdades sociais;

- refletir sobre os problemas associados à propagação da comunicação, que dificulta a boa gestão das informações (mal integradas, contraditórias...); mas considerando que essa dificuldade pode se transformar em riqueza;
  - valorizar a singularidade das pessoas (não se trata, simplesmente, de tratar de uma doença, mas também de acompanhar um doente, uma família...).
- *No que se refere aos modelos:*
- favorecer os aspectos positivos da globalização. O choque de culturas e de representações da saúde, que nos confrontam com visões diferentes do mundo (por exemplo: os conceitos de medicina global, de medicinas complementares...), não são apenas negativos. Essas representações culturais devem ser articuladas, porque a riqueza humana e cognitiva provém da aceitação e integração das diferenças;
  - integrar os conflitos entre as diferentes representações da saúde (negativa, positiva, global, espiritual...);
  - favorecer um diálogo aberto entre as diferentes representações e modelos de saúde de modo que ele seja, ao mesmo tempo, transcultural, interdisciplinar e transdisciplinar. Esse diálogo poderia se tornar criador de um novo modelo de saúde, ao mesmo tempo global, integrador, complexo, transcultural e transdisciplinar. A realidade atual, complexa e contraditória, necessita de uma abordagem global e dialética com uma abertura para a integração paradoxal das diferentes representações, dos conceitos contraditórios, das técnicas diferenciadas e das múltiplas possibilidades de cuidados médicos.

Em resumo:

Quer se trate da singularidade das pessoas e das suas representações, das apostas sociais e societárias, da relação entre os saberes acadêmicos e não acadêmicos, de uma nova visão dos sujeitos, da subjetividade, da relação entre as incidências biológicas, psicológicas, sociais e espirituais sobre a doença... a saúde e os cuidados médicos participam de uma construção cognitiva envolvendo numerosos parâmetros que a formação atual não possibilita integrar nem resolver. Esse conjunto de aspectos oferece uma visão de homem cada vez mais complexa e em interação permanente com seus diversos ambientes (natural, familiar, social, cultural, espiritual...). Essas diferentes relações imbricadas mantêm, ao mesmo tempo, uma interação hierárquica e não hierárquica entre si. Esses diferentes parâmetros - cuja lista não é exaustiva - exigem a introdução, em nossa sociedade, de um novo paradigma do pensamento direcionado para uma metodologia que possibilite a sua resolução. As transformações referentes à saúde

não podem ser consideradas sem uma modificação do nosso olhar e da nossa relação com o mundo. Sem esse movimento radical, os riscos de crise e as futuras dificuldades já podem ser anunciados. Como, de fato, os PIBs nacionais poderão assumir uma porcentagem progressivamente maior dos custos da saúde? Como presumir as consequências do aumento demográfico? Como gerir o estresse cada vez maior das pessoas confinadas em espaços reduzidos e submetidas a agressões de todos os tipos?

Há longo tempo, a construção das sociedades humanas vem opondo natureza e cultura, o inato e o adquirido (Rousseau, Pascal...). A natureza, fonte de recursos e de vida (epicuristas, Montaigne...), torna-se, com Descartes (*Discurso sobre o Método*), o lugar do qual é preciso ser mestre e possuidor. Se há muito tempo na história humana, a natureza exterior (clima, animais...) e a interior (pulsões, instintos...) dominaram o homem, a partir do século XVII e XVIII (autômatos, máquina a vapor, revolução industrial) produziu-se o movimento inverso. O esforço social procurou inverter a hierarquia de poderes de modo à hoje tornar predominante o desenvolvimento humano em detrimento da natureza, que, no entanto, nos sustenta. O problema é que a nossa vida, que não pode escapar da natureza, encontra-se gravemente lesada. A saúde, presentemente isolada do ambiente natural e espiritual que a construiu, desenvolve-se segundo um artifício que inverte o sentido de nossas existências orientando-o unicamente para uma exterioridade material, de fato, sem saída.

### ***Uma medicina transdisciplinar e transcultural?***

*Uma mudança de paradigma?* (Paul, 2013)

Uma compreensão mais ampla, mais aberta e mais complexa do ser humano é necessária para poder integrar, ultrapassando-o, o paradigma atual. Considerar o ser humano em sua globalidade, que envolve a subjetividade, e resgatar o sentido da vida supõe uma abordagem plural que ultrapasse o quadro da causalidade simples. Essa constatação admite uma dupla problemática. Ela propõe, com efeito, um novo estatuto do homem que não se limite, na medicina, às leis da biologia e às suas consequências fisiológicas ou farmacológicas, mas que possa valorizar também a humanização dos cuidados médicos. Ademais, visto que os problemas apresentados podem ser diferentes de uma pessoa singular para outra e de uma doença para outra, pode-se convocar especialistas que possuem competências diferentes, o que suscita a questão do relacionamento e da coordenação entre disciplinas e entre as diferentes competências.

O homem, por sua própria constituição, é «trans biológico» ou seja, situa-se dentro, mas também através e além da vida biológica. É essa propriedade que sustenta os próprios fundamentos da transdisciplinaridade. Esta palavra requer certamente um questionamento a respeito da articulação entre as disciplinas. Mas essa necessidade de ligações dá acesso, ao mesmo tempo, a uma «além» das disciplinas biológicas, para abri-las ao fenômeno humano considerado em sua complexidade. De fato, o que é «trans-», ou seja, «através» e «além» das disciplinas, é o próprio sujeito, quer se trate do doente ou do médico. A epistemologia das interações entre as disciplinas deve, portanto, ser sobreposta por uma nova epistemologia do sujeito e, mais precisamente, por sua capacidade de estabelecer ligações e relações «entre» e «através» dos compartimentos que são as disciplinas. Essa capacidade atesta, ao mesmo tempo, o fato de que o fenômeno humano não pode ser reduzido à adição de certo número de campos disciplinares, o que postula ir «além» das disciplinas que sempre lhes escapará.

Outro modo de encarar a relação entre disciplinas diferentes consiste em interrogar os diversos sistemas de cuidados médicos que constituem as práticas. Esses sistemas são variáveis de um país para outro e muitas vezes eles coexistem nos usos variados por parte das populações de um mesmo país. Na França, por exemplo, a medicina científica clássica caminha lado a lado com a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a fitoterapia... Essa utilização é sustentada por diferentes expressões e representações do cuidado médico<sup>34</sup>, mas também por categorias epistemológicas distintas<sup>35</sup>, por exemplo: a acupuntura ou uma representação religiosa dos cuidados terão como referência, apesar de suas diferenças, uma epistemologia de tipo holista.

Já desenvolvemos suficientemente as questões referentes ao paradigma interdisciplinar e transdisciplinar, para não ser preciso retomá-las aqui<sup>36</sup>. As reflexões relacionadas às tentativas de resolução dos problemas concretos que se apresentam na saúde exigem cada vez mais esses tipos de procedimentos, que integram a complexidade em vez de reduzi-la. Pensar em termos de ontologia, de ontogênese, de antropogênese, de níveis de realidade e de níveis lógicos torna-se necessário na maioria dos campos da saúde, para além dos atos técnicos de urgência, da tecnologia médica e do tratamento das patologias agudas.

---

<sup>34</sup> P. Paul, 2011, « *D'une éthique biomédicale à une éthique ethno-médicale. Un débat épistémologique entre représentations et valeurs portées par les soins* », conferência realizada no 79º Congresso da ACFAS, Colóquio « *Éthique, ethnomédecine et systèmes de soins : comment éviter la traduction des concepts occidentaux* », 09 /05 2011.

<sup>35</sup>P. Paul, 2003; 2009.

<sup>36</sup>Cf. P. Paul, 2003 ; 2012 ; 2013.

Torna-se também importante, nesse caso, reconhecer o estatuto de ator dos pacientes e de suas famílias, de modo a valorizar a autonomia. Essa reintrodução do sujeito e da subjetividade nos cuidados médicos, embora sempre tenha existido, é, paradoxalmente, uma revolução científica em um mundo no qual a objetividade da doença se desenvolveu em detrimento da realidade dos sujeitos. As relações interprofissionais também devem ser objeto de uma atenção particular. Nunca é simples promover o diálogo entre pessoas que têm formação acadêmica diferente e cujos objetos, metodologias, discursos específicos diferenciam-se o suficiente para tornar delicadas as interações. Todas essas questões já foram abordadas em outro livro (Paul, 2013).

Um último ponto diz respeito à questão da avaliação. De fato, no meio acadêmico, a avaliação é geralmente realizada por representantes disciplinares. Mas eles não são necessariamente formados no que se refere aos métodos e às apostas dos procedimentos interdisciplinares e transdisciplinares, o que dificulta as avaliações (P. Paul, 2014 - em preparação). Algumas sugestões podem ser feitas, particularmente no que concerne à presença ou à dificuldade de um real diálogo entre profissionais e pacientes.

Essa revisão de algumas dificuldades previsíveis no campo da saúde não pretende ser, de modo algum, premonitória do que poderá ocorrer no futuro. Mas é preciso poder dimensionar algumas prováveis dificuldades que serão aguardadas, particularmente, pelas futuras gerações de profissionais, de modo a ter a esperança de poder encontrar algumas soluções. A mudança de paradigma que se oculta atrás da «crise» mostra que está ocorrendo o deslizamento de um contrato social racional e assegurador da modernidade rumo a um pacto emocional, movido pela subjetividade, pelas paixões e pela complexidade. Doravante, expressa-se o desejo, coletivo e individual, de usufruir ao máximo, aqui e agora, a existência. Nossa sociedade pós-moderna é marcada pela contradição entre a valorização daquilo que está próximo e do que está distante. Quanto ao que é «local», podemos citar, sem exaustividade: o culto ao corpo, à criatividade, ao emocional ; as novas formas de solidariedade comunitária, como o sentimento de pertencer a um grupo, a uma «tribo» ; ou ainda uma sensibilidade que refortalece a estreita ligação que existe entre ambiente social e ambiente natural. Quanto ao que está distante: a uniformização dos valores do mundo ocidental, como o fenômeno da globalização, mas também o entusiasmo pelo Oriente, o reconhecimento das consequências gerais dos acontecimentos locais (ambientais, econômicos, culturais, políticos...) sobre o mundo natural e humano em geral, etc. Essa aparente contradição também surge, como constatamos, nos cuidados médicos. Ela supõe uma necessária síntese integradora que requer uma nova visão do

homem. Esse imaginário, que se elabora lentamente, é como que um sonho antecipando o futuro da medicina no qual o homem já não será apreendido como órgão, função, doença ou objeto, e sim segundo a complexidade da sua pluralidade e os paradoxos da sua globalidade.

Se os progressos técnicos, farmacêuticos e cognitivos não deixam qualquer dúvida no que concerne à compreensão e ao tratamento das doenças no futuro, deve-se insistir no desenvolvimento de novas estratégias em saúde pública. A compreensão dos doentes, dos seus comportamentos e representações, tendo em vista um diagnóstico educativo, deve ser também articulada com o diagnóstico médico e com a doença para aprimorar a autonomia, a responsabilidade e a eficácia terapêutica. Enfim, o reconhecimento e a utilização das medicinas complementares ou espirituais, hierarquizadas em função da sua eficiência específica em certas patologias e da receptividade das pessoas, deveriam ser incrementadas visando às economias em saúde, à diminuição da iatrogênese e à melhora sintomática. O conjunto, referente à complexidade dos cuidados vistos em sua globalidade, supõe a introdução de novas construções epistemológicas, interdisciplinares e transdisciplinares. A aposta do futuro, pelo jogo dialético entre diferentes visões do cuidado, será o surgimento de um novo modelo de saúde, a ser criado, que integrará as atuais tensões contraditórias entre biologia e espiritualidade, corpo, alma e espírito de modo a poder dispor, ao mesmo tempo, de possibilidades refletidas, eficazes, mais econômicas, menos iatrogênicas e mais acessíveis a todos.

Esperamos que, para além dos crescentes problemas da saúde, uma mudança radical de lógica e de paradigma do pensamento, ao mesmo tempo social e médica, possa inspirar os diferentes atores capazes de propiciar todas essas transformações.

## **BIBLIOGRAFIA**

AYRES, J-R. C.M. «O Cuidado, os Modos do Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde». Em: *Revista Saúde e Sociedade*, Vol. 13, n° 3, pp. 16-29, São Paulo, set-dez 2004.

CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1966.

CYRULNIK, B. *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob, 2001.

BODIN, L. *Le guide de la médecine globale et intégrative*. Paris: Albin Michel, 2009.

FASSIN, D. *La globalisation de la santé – Eléments pour une analyse anthropologique*. Paris : Karthala, 2001.

FORESTIER, D. «Eduquer pour la santé». Lille, *Les cahiers d'études du CUEEP*, n° 47- 48, juin 2002.

FOUCAULT, M. *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Paris : Gallimard, 1966.

FRECHETTE, L. «La prévention et la promotion de la santé mentale : des incontournables en psychologie communautaire». In Dufort, F. ; Guay, J. (org.). *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses Universitaires de Laval, 2001, pp. 217-248.

GUAY, J. «L'intervention du réseau et l'approche du milieu». In Dufort, F. ; Guay, J.(org.). *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses Universitaires de Laval, 2001, pp.249-295.

D'INTIGNANO, B. M. *Santé et économie en Europe*. Paris : PUF, 2001 (coleção Que sais-je?).

LABORIT, H. *L'inhibition de l'Action, biologie comportementale et de physiopathologie*. Paris : Masson, Presses Universitaires de Montréal, 1980.

LESELBAUM, N. «Autour des mots 'éducation sanitaire', 'promotion', 'prévention', 'éducation à la santé'». In *Éducation à la santé, recherche et formation pour les professions d'éducation*. n° 28, Ed. INRP, 1998, pp 131-138.

LEVI-STRAUSS, C. *Structure élémentaire de la parenté*. Paris : PUF, 1949.

LOMBARD, J. *Platon et la médecine. Le corps affaibli et l'âme attristée*. Paris : L'Harmattan, 1999.

NARDIN, A. «Humanisation de l'hôpital». In *Revue du Praticien*, vol. 60, n° 4, 20/ 04/ 2010, pp 584-589.

NATHAN, T., STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris : Synthelabo, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1995.

MASSÉ, R. *Culture et santé publique*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin Ed., 1995.

MASSÉ, R., « La santé publique comme projet politique et individuel ». In *Systèmes et politiques de santé– De la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala, 2001, pp 61-64.

MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF, 1960, ed. 6, 1996.

PAUL, P. *Formation du sujet et transdisciplinarité. Histoire de vie imaginaire et professionnelle*. Paris : Ed. L'Harmattan, 2003.

..... *Formação do sujeito e transdisciplinaridade, História de vida profissional e imaginal*. Trad. Marly Segreto. São Paulo : Triom, 2009.

.....«Fundamentos da Interdisciplinaridade e da Transdisciplinaridade no Ensino, Pesquisa e Extensão». *Encontro Acadêmico Internacional Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação, Ambiente e Saúde*. CAPES, Brasília, 27-29/11/2012.

..... *Saúde e transdisciplinaridade*, São Paulo : Ed. Universidade de São Paulo, 2013.



..... «A importância do sujeito e da subjetividade na epistemologia e na avaliação da interdisciplinaridade». Em « *A Prática da Interdisciplinaridade na Pesquisa e no Ensino de Pós-Graduação* », Ed. A. Philippi Jr ; V. Fernandes, São Paulo, Ed. Manole, 2014.

PELLETIER, K. R. *La médecine holistique ; médecine totale, du stress au bonheur de vivre*. Monaco : Ed. du Rocher, 1982.

PINEAU, G. «Un sujet anthropologique interloquant». Coloque d' Angers, France : *Le récit biographique, enjeux anthropologiques*, maio 2001.

ROBINET, I. *Méditation taoïste*. Paris : Albin Michel, 1995.

SANDRIN-BERTHON, S. (org.), *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, 2000 (coleção Education et formation : biennales de l'éducation).

SANTIAGO-DELEFOSSE, M. *Psychologie de la santé, Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles, Belgique : Mardaga, 2002.

SERRES, M., PICQ, P., VINCENT, J-D. *Qu'est-ce que l'humain ?* Paris : Le Pommier, 2003.

SOMMERMAN, A. *A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como novas formas de conhecimento para a articulação de saberes no contexto das ciências e do conhecimento em geral : contribuição para os campos da educação, da saúde e do meio ambiente*. Tese (Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento). Universidade Federal da Bahia, 2012.

VAZ, L., DE LIMA, H. C. *Raízes da Modernidade*. São Paulo : Loyola, 2002.

VIGARELLO, G. *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris : Points Histoire, 1987.

WUNENBURGER, J-J. *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*. Paris : Belles Lettres, 2006.

..... *La raison contradictoire. Sciences et philosophie modernes : la pensée du complexe*. Paris : Albin, 1990.