

# Revista Científica CIFBrasil

## MODELO BIOPSIKOSSOCIAL: UMA QUESTÃO TEÓRICA OU EPISTEMOLÓGICA?

Editorial – AGOSTO, 2020

*Pedro Martins Jardim<sup>1</sup>*

*Kelley Soares Santos Jardim<sup>2</sup>*

Em breves palavras, teoria pode ser definida como conhecimento sobre determinado tema, aplicado a uma área específica. Epistemologia se refere à disciplina que procura responder à pergunta: como conhecemos? (1)

Neste trabalho, nos propomos a refletir sobre o modelo biopsicossocial como uma questão epistemológica, e não como uma teoria. Tal esforço está firmado na crença de que essa é uma questão de importância ética, que cabe a todo profissional e, de modo oportuno, a nós, que temos nos aproximado do modelo biopsicossocial, tomando-o como paradigma.

Temos observado que a epistemologia tem estado à margem das discussões nos âmbitos acadêmico e profissional, muito embora já tenha figurado entre as grandes tensões filosóficas há muitos séculos. Apesar disso, é consensual que todos nós operamos segundo alguma visão de mundo. Ou seja, ainda que as reflexões sobre a epistemologia sejam, de algum modo, negligenciadas, a forma como conhecemos e descrevemos o mundo impacta nossa maneira de viver. Somos, então, interpelados: qual conjunto de crenças tem orientado nossa forma de pensar e agir? Em outras palavras: qual é nosso paradigma?

O que compartilhamos a seguir são os saltos qualitativos que encontramos no modelo biopsicossocial em relação ao modelo biomédico, que vão muito além de aplicações teóricas. As mudanças de modelo expressam uma mudança paradigmática, que, ao nosso ver, se aproximam do pensamento sistêmico.

<sup>1</sup>Médico pela UFMG (2014), MBA em Gestão de Saúde pela PUC Minas (2019), membro licenciado do Grupo CIF Brasil. Contato: jardimpm@cifbrasil.com.br

<sup>2</sup>Psicóloga pela PUC Minas (2016), especialista em Terapia de Família e Casal pela PUC Minas (2019). Contato: jardinkss@gmail.com.

## O MODELO BIOMÉDICO

Até a década de 1970, a única ferramenta internacional de classificação de situações de saúde de que dispúnhamos era a CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, então na sua 8ª versão – que classificava as causas de morbidade e mortalidade, considerando apenas as suas manifestações imediatas (2). Em 1973, porém, a OMS iniciou um processo de formação de uma classificação de consequências de doenças que, em 1980, culminou na publicação da versão final da ICIDH (em português, Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens). Segundo tal empreendimento, uma doença era vista como causa de uma deficiência (lesão anatômica ou alteração fisiológica do corpo), que por sua vez produzia uma incapacidade (limitação para execução de tarefas no dia a dia), o que culminava com uma desvantagem (uma dificuldade para a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, com comprometimento da vida social). (3)

Essa perspectiva, compreendida como Modelo Biomédico, está referenciada no paradigma de ciência

tradicional, cujos pressupostos epistemológicos são a simplicidade, a estabilidade e a objetividade. Os problemas são explicados de forma causal-linear; os fenômenos são previsíveis e reversíveis (e, conseqüentemente, podem ser controlados); a realidade pode ser conhecida tal como ela é, se o cientista mantiver uma postura neutra (1).

Essa visão sobre os fenômenos tem sua expressão nas propostas de resolução de problemas. Compreendendo que os problemas são essencialmente simples (que a complexidade que se distingue é só aparente), a dissolução dos problemas exige que os fenômenos sejam separados em partes, isolando cada objeto de análise. Disso decorre o encaminhamento para vários especialistas, que, pela atuação das partes, acreditam cobrir o “todo”. Aqui, a presença de múltiplas disciplinas não significa que há integração de saberes, apenas uma justaposição.

Em conformidade com o paradigma tradicional, o profissional encara os problemas de saúde como questões a serem decifradas a partir do seu conhecimento técnico, como se estivesse na privilegiada posição do saber. Como consequência, sua resposta será prescritiva. Ou seja,

conhecendo e enquadrando o problema em suas categorias técnicas, ele pode oferecer uma resposta técnica e objetiva, que deverá ser estritamente seguida pelo paciente, com resultados geralmente previsíveis. Assim, visto como *expert*, o profissional passa a ser visto como o “promotor de cura”.

## O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

Com o processo de revisão da ICIDH, alguns pontos da classificação foram sendo questionados, dentre os quais distinguimos como mais significativos a simplicidade e a estabilidade na abordagem dos fenômenos da saúde. Essas questões mereceram destaque no anexo 7 da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, que discorre exatamente sobre esse processo de revisão:

“Devia ser considerada a inclusão [na classificação] de fatores contextuais/ambientais [...]” ([3], p. 220)

E

“Foi considerado objeto de discussão as inter-

relações entre deficiências, incapacidades e desvantagens, e uma relação adequada entre elas. Foram feitas muitas críticas ao **modelo causal** na qual se baseava a versão de 1980 da ICIDH, à **ausência de mudança ao longo do tempo**, e ao **carácter unidirecional** de deficiência para incapacidade e para desvantagem. O processo de revisão sugeriu representações gráficas alternativas.” (Ibid. Grifo nosso.)

O debate envolveu mais de 1800 peritos em mais de 50 países, além de representantes dos setores da seguros de saúde, segurança social, trabalho, educação, dentre outros, e resultou na publicação da versão final da ICIDH-2 em 2001, doravante denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O próprio processo de elaboração da CIF em sua versão final, nos evidencia algumas mudanças importantes no modelo de funcionalidade – intitulado modelo biopsicossocial – o que reflete uma mudança de paradigma, uma outra forma de conhecer – uma outra epistemologia.

Primeiro, vemos sendo questionado o modelo causal, linear, unidirecional – paradigma da simplicidade – que dá lugar a um modelo multidimensional e multidirecional, no qual os vários elementos distinguidos mostram-se em relações de mútuo afetamento, superando o entendimento de causalidade – paradigma da **complexidade**:

“As deficiências **não têm uma relação causal** com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram. Por exemplo, a perda da visão ou de um membro pode resultar de uma anormalidade genética ou de uma lesão. A presença de uma deficiência implica necessariamente uma causa, no entanto, a causa pode não ser

suficiente para explicar a deficiência resultante.” ([3] p. 15. Grifo nosso.)

E

“A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma **relação complexa** entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive.” ([3], p. 19. Grifo nosso.)

E ainda:

“Há uma **interação dinâmica** entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível.” (Ibid, p. 20. Grifo nosso.)

Também o paradigma da **estabilidade** ou previsibilidade começa a ser questionado ao passar a considerar a saúde como **processo**, instável, algo em constante transformação, aproximando-se do novo paradigma da **instabilidade**.

“As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população, e geralmente aceito como normal, pode ser leve ou grave e pode variar ao longo do tempo.” ([3] p. 15)

Outra característica interessante da própria CIF é o seu próprio processo de construção, que envolveu cientistas, profissionais de diversos setores (inclusive da saúde) e organizações de pessoas com incapacidades como a ONG “DisabledPeoplesInternational” (3). Isso toca na questão – a qual nos parece ainda pouco explorada e apropriada pelos profissionais – da **intersubjetividade**, em oposição ao da objetividade. Em vez de se

ver como detentor de saber especializado, o profissional assume uma postura colaborativa, como coparticipante da construção do saber e da própria realidade. Esse ponto também é esboçado na metalinguagem contida na própria CIF, quando os profissionais e suas intervenções são também classificados como elementos do processo de saúde, em categorias descritas, principalmente, nos capítulos 1, 3, 4 e 5 do componente Fatores Ambientais.

## CONCLUSÃO

Procuramos descrever os saltos qualitativos identificados no modelo biopsicossocial e na própria CIF em relação ao modelo biomédico tradicional, destacamos os três pressupostos que constituem o novo paradigma da ciência, segundo Vasconcellos:

“a crença na complexidade em todos os níveis da natureza, a crença na instabilidade do mundo em processo de tornar-se e a crença na intersubjetividade como condição de construção

do conhecimento do mundo.” ([4], p. 100)

Dessa forma, sugerimos que o modelo biopsicossocial deva ser considerado uma epistemologia, não uma teoria de saúde ou incapacidade. Como tal, ele não teria apenas aplicações na compreensão de fenômenos da saúde, mas deveria passa a implicar os cientistas e profissionais que o adotam como visão de mundo. Somente assim poderíamos, ao mesmo tempo, avançar na forma como trabalhamos a questão da saúde e confrontar o próprio modelo com as

experiências que construímos na comunidade científica e profissional, com enorme potencial de enriquecer nossa prática e teoria, mantendo a questão ética como fundamento para ambas.

Ainda, percebendo as conexões existentes entre o modelo biopsicossocial, a CIF e o pensamento sistêmico, consideramos o quanto tal encontro pode ser frutífero ao começarmos a considerar a questão epistemológica em nossas relações – não só no âmbito profissional, mas também no pessoal.

## REFERÊNCIAS:

1. Vasconcellos MJE. Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. 10ª ed. rev. E atual. Campinas, SP: Papirus, 2013.
2. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. Rev. Saúde Pública, 34 (1): 97-103, 2000
3. [OMS] Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2003.
4. AunJG, Coelho SV, Vasconcellos MJE. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: volume I – Fundamentos Teóricos e Epistemológicos. 3ª ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2012, p. 87-140.
5. Aun JG, Coelho SV, Vasconcellos MJE. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: volume II, t. I – Fundamentos Teóricos e Epistemológicos. 3ª ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2012.
6. Aun JG. Uma alternativa para as políticas de assistência às pessoas portadoras de deficiência usando o processo de co-construção em um contexto de autonomia. In: Aun JG, Coelho SV, Vasconcellos MJE. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: volume III – Fundamentos Teóricos e Epistemológicos. 3ª ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2010, p. 257-284.