

Desafios da complexidade em medicina geral e familiar

MARIANA TUDELA*, FILIPA ALMADA LOBO**, VÍTOR RAMOS***

RESUMO

Os autores identificam alguns aspectos da prática da medicina geral e familiar (MGF) que podem beneficiar dos contributos teóricos e metodológicos da teoria dos sistemas complexos. Destacam: a multimorbilidade; os desafios da mudança comportamental para prevenção de doenças e promoção da saúde; os factores associados à «adesão à terapêutica»; o efeito placebo; a trama de factores biológicos, psicológicos, relacionais, familiares, sociais, laborais, económicos e culturais que modelam o sofrimento, os modos de adoecer e a procura de cuidados de saúde dos diferentes pacientes; o papel da autonomia e do «empowerment» das pessoas e da comunidade; e as dificuldades para lidar com os labirintos actuais da tecnologia, dos serviços e dos sistemas de saúde. Abordam sucintamente o percurso teórico desde von Bertalanffy (1968) até ao presente, bem como os níveis de organização sistémica relevantes para a MGF: individual, familiar, organizacional e comunitário. A teoria (ciência) da complexidade é apresentada com enfoque no estudo dos sistemas complexos adaptativos (SCA). Discutem o conceito de «fronteira» ou «margem» do caos («edge of chaos») como zona e estado de maiores possibilidades de mudança e de transformação adaptativa e evolutiva dos sistemas complexos. Apresentam, ainda, alguns princípios e instrumentos para lidar com a complexidade, que podem ser úteis no dia-a-dia da MGF.

Os autores concluem pela necessidade de criar e de adaptar progressivamente estratégias cognitivas e modos integradores de ver e de ler a pessoa humana e o mundo, reconhecendo e aceitando sempre o princípio da incompletude e da incerteza do conhecimento possível, em cada momento.

Palavras-chave: Complexidade; Teoria da Complexidade; Multimorbilidade; Medicina Geral e Familiar

É necessário suspender crenças e padrões de valoração para bem pensar, pensar de novo. (...) O pensamento fecundo fecunda o pensamento do outro.
António Coimbra de Matos

INTRODUÇÃO

A medicina geral e familiar (MGF) pode beneficiar dos novos contributos da teoria dos sistemas complexos. Tomemos em consideração alguns exemplos:

a) uma parte considerável do trabalho do médico de família é o de cuidar de pessoas com problemas de evolução

prolongada, frequentemente múltiplos, com uma teia de inter-relações e determinantes psicossociais e culturais que influenciam as vivências desses problemas e os modos de lidar com eles – o modelo biomédico habitual é insuficiente e tende a falhar nestas situações;

b) a preocupação preventiva e de promoção da saúde, que deve estar sempre presente no dia-a-dia do médico de família, confronta-se com desafios difíceis da mudança comportamental e de alterações de estilos de vida, que não se coadunam com abordagens simplistas e paternalistas do tipo «faça isto...» ou «deixe de...»;

c) apesar da eficácia do *armamentarium terapêutico* disponível para controlo de problemas frequentes (como é o caso da hipertensão arterial), na prática, têm sido obtidos níveis de controlo muito baixos em relação ao esperado – o que leva a questionar quais os factores determinantes do sucesso terapêutico, por vezes apenas abordados em termos lineares simples de «adesão à terapêutica»;

d) muito do sofrimento apresentado nas consultas é condicionado por teias de factores familiares, relacionais, laborais, sociais, económicos, etc. – as queixas persistem, multiplicam-se, levam ao desespero dos médicos e dos pacientes, originam o recurso inadequado a exames e a tratamentos, geram iatrogenia, consultas repetidas, conflitos, insatisfação... e

*Interna do Internato de Medicina Geral e Familiar – USF Horizonte (CS de Matosinhos)

**Médica de família – Centro de Saúde de S. Mamede Infesta (ULS Matosinhos)

***Médico de família – USF Marginal (CS de Cascais); Professor Auxiliar Convidado da ENSP/UNL

mais sofrimento;

- e) a formulação de avaliações de saúde e de planos terapêuticos requer, cada vez mais, a participação activa de cada paciente, numa modalidade denominada por *modelo clínico centrado na pessoa* – sendo a pessoa considerada em toda a sua complexidade, seus recursos, seus factores «protectores» e «agressores», suas crenças, preconceitos, convicções, expectativas, preferências, etc.;
- f) os estudos efectuados sobre o efeito placebo (Henry Beecher)¹ e seus mecanismos de mediação, bem como os avanços do conhecimento na relação corpo-mente, abrem novos caminhos à compreensão e possibilidades de intervenção em problemas e situações que até agora eram alvo de abordagens biomédicas redutoras, por vezes insuficientes;²⁻⁸
- g) a revolução tecnológica e o aparecimento diário de novas possibilidades terapêuticas, a multiplicação de subespecialidades, o crescimento explosivo dos gastos em saúde, a complexificação do labirinto da medicina e dos sistemas de saúde e o risco de desumanização dos cuidados determinam novas necessidades e expectativas da sociedade.

Os modelos de causalidade e as abordagens terapêuticas da *cultura médica* ainda dominante têm-se mostrado insuficientes para explicar e resolver muitos dos problemas atrás enunciados. A abordagem sistémica e novos instrumentos para lidar com a complexidade devem passar a integrar a teoria e a prática da MGF.

MODOS DE CONHECER, CIÊNCIA E MUDANÇA DE PARADIGMAS

Os modos de ver e de apreender o mundo, de conhecer, de pensar, de agir, mudam ao longo dos tempos. Em determinados períodos os modelos vigentes tor-

nam-se inadequados ou insuficientes para lidar com os desafios da interacção do Homem com os seus contextos. Dão-se então mudanças geralmente percebidas como saltos abruptos, mudanças de paradigma ou «revoluções», como Thomas Kunh descreveu em 1970.^{9,10} Porém, subjacente a estes saltos aparentes, decorre continuamente uma mudança pouco perceptível à maioria. Mudança que se vai traduzindo por alterações dispersas e pouco visíveis nos modos de pensar e de construir saberes. Uma vez por contraposição, outras vezes por inclusão, estas acabam por ir integrando e combinando velhos e novos modos de conhecer, de interpretar e de actuar sobre a realidade. A medicina não escapa a este fenómeno e a MGF está no epicentro deste processo. Vários autores têm discutido o que McWhinney uma vez chamou de «anomalias do paradigma biomédico».¹⁰⁻¹³ O que hoje conhecemos como ciência atravessou várias etapas e, se bem que em cada uma delas haja rupturas com pensamentos anteriores, a ciência vai integrando, incluindo, modelando essas ideias, de modo que é possível reconhecer uma «arqueologia» do pensamento científico de cada época.

Nos últimos 40 anos têm vindo a acumular-se contributos e referências que modelam um ponto de viragem hoje marcado pela denominada *teoria (ou ciência) da complexidade*. Autores como von Bertalanffy,¹⁴ McWinney,¹⁵ Kunh,⁹ Prigogine,^{16,17} Engel,¹¹ Dubos,¹⁸ Rosnay,¹⁹ Morin,^{21,22} Nicolescu,²³ Mariotti,²⁴ Zimmerman,²⁵ Lindberg e Plsek²⁶ são, entre outros, algumas das referências a ter em conta neste percurso.

As designações e «disciplinas» têm-se sucedido: *teoria (ciência) dos sistemas*, *teoria da informação*, *caos e entropia*, *ecologia moderna*, *modelo biopsicosocial*, *transdisciplinaridade* e, mais recentemente, *teoria dos sistemas complexos adaptativos* ou *teoria (ciência) da complexidade*.

ORGANIZAÇÃO E SISTEMAS – NÍVEIS INDIVIDUAL, FAMILIAR, ORGANIZACIONAL E COMUNITÁRIO

Novas descobertas científicas têm vindo a mostrar como a Natureza cria a sua beleza, diversidade e complexidade. Também o Homem cria organizações e sistemas (saúde, educação, negócio, governação, etc.), ainda toscos, previsíveis, ineficientes, pouco adaptáveis e sem corresponder totalmente ao desejado. Dentro destas organizações, públicas ou privadas, os indivíduos permanecem muitas vezes insatisfeitos com o seu ambiente de trabalho, o que torna as suas contribuições muito aquém do seu potencial. As soluções padronizadas tratam apenas dos sintomas deste problema: muda-se o gestor, gasta-se mais dinheiro, introduz-se um novo programa, reorganiza-se. As organizações e sistemas têm sido perspectivadas como máquinas, em que as pessoas são utilizadas como partes inter-substituíveis, com fonte de alimentação externa, reparadas por terceiros, cujo desempenho é avaliado através de sistemas de medição (sobretudo económicos). Com este modelo linear que separa os componentes e os examina isoladamente, na obsessão do mensurável, perde-se a visão do sistema vivo, que opera como um todo conexo e imensurável.

Ao *nível individual*, os estilos de vida e factores ambientais são responsáveis pela maioria das doenças da era moderna. No mundo ocidental predominam as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade, as doenças e perturbações alérgicas, como a asma, e as doenças neoplásicas.

Ao *nível familiar*, as estruturas de poder e a desarmonia reflectem-se em taxas elevadas de divórcio, violência doméstica, abuso infantil e consumos tóxicos.

Ao *nível organizacional*, os indivíduos e sistemas operam muitas vezes num

nível inferior às suas potencialidades, mantendo-se rígidos e inflexíveis. A criatividade individual é frequentemente esmorecida por limitações burocráticas. A cooperação é bloqueada pela competição e, mesmo aqueles que encontram realização material e profissional, permanecem pessoalmente insatisfeitos.

A um nível mais profundo, sente-se a inadequação e os malefícios causados por um modelo de interacção humana maioritariamente assente no comando e controlo. Este modelo é inadequado face à complexidade adaptativa dos sistemas vivos. A visão emergente, explorada pela ciência da complexidade, permite uma transformação intelectual do nosso entendimento da vida, das suas estruturas, dinâmica e cuidados. Fornece novos princípios para uma elaboração do sentido do que é mais essencial na vida: as relações com os outros e com o ambiente em que estamos inseridos.

Assim, uma «*organização saudável*» cria um ambiente em que as relações são recompensadas e existem oportunidades de aprendizagem, de crescimento, de adaptação e de contribuição por parte de todos. Neste modelo, a liderança passa a ser encarada como a criação de condições para cultivar abertamente os talentos - tecer em vez de comandar e controlar. Quando se estimula a diversidade (de experiências e de perspectivas), a integridade e as interacções entre os agentes, o sistema torna-se mais adaptável e criativo.

Por sua vez, uma «*comunidade saudável*» é aquela em que as pessoas são nutridas e valorizadas, em que a informação flui livremente, em que existe uma comunicação saudável entre os grupos e em que as instituições apoiam o crescimento e o desenvolvimento global.

Ciência da Complexidade – De que Trata?

A ciência da complexidade dedica-se ao estudo dos **sistemas complexos adap-**

tativos (SCA) e às interrelações destes sistemas entre si. Um *sistema* é um conjunto de elementos interrelacionados, interdependentes e que visam a prossecução de objectivos comuns; *complexo* significa que existe um elevado número de conexões, de interrelações e de interacções entre a diversidade dos seus elementos; *adaptativo* significa a capacidade para mudar, para se ajustar, para aprender na interacção com os seus contextos, para garantir a realização das suas finalidades e objectivos. O resultado da acção sistémica decorre mais das relações e interrelações entre os elementos e não tanto dos elementos em si mesmos. As propriedades decorrentes do todo não são explicáveis pelas partes. Porém, estas acabam por ser estimuladas a fazer emergir qualidades que não emergiriam fora de um tal sistema.

Cada pessoa, cada médico, cada família, cada equipa de saúde podem considerar-se um SCA. Também os elementos envolvidos numa consulta, que alguns já designaram como o encontro entre duas «multidões», constituem um SCA «episódico» de onde emergem resultados e influências que dependem de todos aqueles elementos (médico, paciente, contexto, regras do sistema, equipa de saúde, etc.).²⁷ Cada elemento de um SCA co-evolui, com os restantes elementos e com o SCA no seu todo. Um SCA inclui dentro de si muitos outros SCA e é, por sua vez, um elemento de outros SCA que o incluem.

Os sistemas complexos apresentam um elevado grau de imprevisibilidade mas, acima de tudo, a ordem colectiva emergente influencia, reciprocamente e a vários níveis, o comportamento e as interacções das partes, em ansas de *feedback*. Isto resulta na distribuição do controlo assente numa profunda simplicidade, constante adaptação e envolvimento. Chama-se a este fenómeno auto-organização.

A teoria (ciência) da complexidade

vem desenvolvendo uma linguagem própria, recorrendo a termos e expressões oriundas de inúmeras disciplinas. *Linearidade, não-linearidade, turbulência, fronteira ou margem do caos, atratores, mudança, adaptabilidade, emergência, conectividade, interdependência, circularidade, auto-organização, auto-regulação, auto-capacitação, incerteza, imprevisibilidade, são*, entre muitos outros, palavras e conceitos que, não sendo novos, estão a ser redefinidos.

«THE EDGE OF CHAOS»

Um sistema complexo adaptativo flutua entre três estados: a estagnação/estase, num dos extremos, o caos no outro extremo e um estado intermédio considerado como a «fronteira» ou «margem» do caos (*the edge of chaos*). Esta «fronteira» é considerada uma zona **marginal** onde já não há suficiente estabilidade para a previsibilidade, mas onde ainda não há suficiente instabilidade para que sobrevenham a anarquia, o caos e a dispersão do sistema – é uma zona de tensão constante entre a morte por estagnação e a morte por dissipação ou desintegração. É neste estado que os SCA são mais adaptáveis e criativos, originando novas ideias, reacções inesperadas e novos fluxos de actividade. Contrariando as leis de Newton, onde acção e reacção são iguais e opostas, neste estado intermédio pequenas mudanças geram grandes efeitos, uma vez que a rede conexa e interactiva entre as partes propicia uma multiplicação das mudanças em cascata, ou como uma onda através do sistema (*ripple effect*). A complexidade fornece-nos uma nova lente, que nos permite vislumbrar um espaço de diversificação, autonomia e equidade. Permite novos fluxos de ideias construtivas, diálogo entre as partes do mesmo uno, procurando eliminar o negativismo. A emergência des-

te pensamento torna-se urgente, já que os modelos mentais têm extremo poder sobre a estrutura das instituições, a natureza das relações e a linguagem que utilizamos para descrever o mundo à nossa volta e para comunicar. Persiste, no entanto, uma lacuna entre o progresso da ciência da complexidade e a sua aplicação prática no sector da saúde, ao nível dos indivíduos, das famílias, das organizações e das comunidades.

ALGUNS DOS PRINCÍPIOS DA ABORDAGEM COMPLEXA

Eis alguns exemplos de princípios da abordagem complexa da realidade, segundo Zimmerman *et al*:

- **A «lente» da complexidade**

Usar a «lente» da complexidade implica modificar progressivamente um conjunto de funções cognitivo-emocionais e comportamentais, interdependentes. O que se traduz por outras formas de ver (percepções), de reagir (emoções), de sentir (sentimentos), de pensar (conhecimentos-pensamentos-saberes) e de agir (atitudes e comportamentos) face às realidades (Figura 1). É uma mudança radical pessoal que se constrói a pouco e pouco no exercício de abordar a realidade e que nunca estará concluída. Aceita múltiplas hipóteses e perspectivas, em vez de insistir numa dicotomia linear sistemática do tipo «ou – ou». Enquanto a abordagem reducionista procura compreender o todo partindo apenas das partes e a visão holística, não menos simplificadora, negligência as partes para compreender o todo, o pensamento complexo concebe as partes contidas no todo, assim como o todo contido nas partes. Pode enriquecer-se o conhecimento das partes pelo todo e o do todo pelas partes, num mesmo movimento produtor de conhecimento. A saúde passa a ser encarada numa perspectiva física, mental, espi-

ritual e relacional – o corpo são em mente são, com relações saudáveis, ambiente doméstico e profissional também salutogénicos, de forma que o indivíduo tenha os requisitos necessários para aprender, crescer e adaptar-se.¹⁸ Olhar o mundo através da «lente» da complexidade significa olhar (ver) os problemas sob múltiplas perspectivas, procurando entender a articulação, a interdependência, a identidade e a diferença de todos esses aspectos, micro e macro, na forma de abordar o mundo físico e psicossocial de cada pessoa e de cada família.

- **Desenvolver uma visão «sensata» dos problemas e das situações**

A maior parte dos problemas e das situações colocados ao médico de família envolve a influência de múltiplos factores. Reduzir excessivamente essa multiplicidade poderá conduzir a grandes insucessos. No entanto, seria desastroso pensar que é possível identificar, conhecer e controlar todos esses factores. Por isso recomenda-se respeitar o mais possível a autonomia de cada pessoa/paciente e de promover as suas capacidades para proteger e promover a

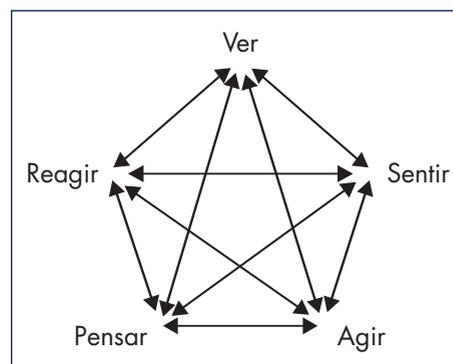


Figura Modelo de interrelações «pensamento-visão-acção» e papel regulador das emoções (modos de reagir) e dos sentimentos (modos de sentir)

Nota: Pentagrama inspirado no livro de António Damásio «Ao encontro de Espinosa – as emoções sociais e a neurologia do sentir».⁸

sua saúde, tal como para controlar as suas doenças, factores de risco, etc. Procuramos desesperadamente ter certezas, mas temos de aprender a aceitar e a viver também com incertezas. Saber aproveitar o que de bom existe nos «velhos» modos de ver, saber lançar mão de novos métodos e perspectivas, saber combinar as múltiplas perspectivas e tirar proveito de tudo quanto se aprendeu. Não se trata de negar, de demolir, de arrasar sistematicamente todos os conceitos, saberes e práticas mas de os aproveitar, reintegrar, reformular num modelo inclusivo e abrangente, embora criterioso. Este modelo permite, em cada momento, desenvolver uma visão mais interessante e aprofundada, mas nunca definitiva, dos problemas e das realidades que queremos estudar e eventualmente modificar.

- **Aplicar com critério as abordagens reducionista e sistémica**

O pensamento complexo não rejeita as ideias exactas e precisas, as definições. O desafio está em tomar decisões não esquecendo que a nossa compreensão tem limites e estando dispostos a modificar as decisões tomadas, quando possível. A caminhada consiste em fazer um ir e vir incessante entre certezas e incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável. Propõe-se que não tenhamos nada como definitivo, desconfiando sempre dos nossos saberes em busca da melhor concepção, mesmo que não se saiba bem qual ela é. Trata-se, por exemplo, de ser capaz de combinar de modo articulado e criterioso abordagens que recorrem aos conhecimentos disponibilizados pela EBM (*evidence-based medicine*), sem dispensar o conhecimento e o juízo intuitivos sobre a situação particular de cada pessoa, aplicando com critério as abordagens reducionista e sistémica ou holística em função dos problemas e das finalidades em causa. São deste modo combinados elementos

de *certeza* e de *incerteza*, onde a reflexão crítica é a chave de todo este processo de equilíbrio e de integração.

- **Posicionar-se, nos momentos certos, em zonas de maior complexidade e imprevisibilidade**

Muitos dos problemas de saúde pessoal e familiar apresentados no dia-a-dia tendem a auto-alimentar-se, a fixar-se, a cristalizar quando se aplicam as abordagens lineares tradicionais. Há muitas vezes algo que nos escapa e que pode vir a mostrar-se em algum momento, sendo geralmente encarado como acaso ou desordem. Mas como refere Morin, «o próprio acaso não está certo de ser acaso» e as nossas «certezas» não podem dispensar uma atenção constante a tudo o que ocorre. Para desfazer estas situações e bloqueios é útil saber actuar no que alguns autores têm denominado «the edge of chaos», onde tudo se questiona e reequaciona e novas perguntas e perspectivas podem emergir.^{28,29} Os indivíduos são encorajados a fazer mudanças em áreas onde sentem que podem mudar, reconhecendo o poder dessas pequenas mudanças nos SCA. Estas seguem duas vias possíveis: uma delas assemelha-se à queda de uma gota de água num poço, em que um comportamento novo se replica e espalha através do sistema de modo qualitativamente idêntico; enquanto a outra, tal como um floco de neve que cai sobre um monte, pode desencadear uma avalanche, fazendo emergir algo qualitativamente diferente e muito superior à mudança original. É a combinação destas duas vias que representa a adaptação criativa do sistema.³⁰

- **Aceitar trabalhar com situações paradoxais, conflitos e tensões**

Ao trabalhar com pessoas, famílias e com todo o tipo de problemas biomédicos, psicossociais e relacionais, o médico de família deve aceitar a natureza fre-

quentemente contraditória da condição humana e das relações sociais e de como isso influencia e condiciona os processos de saúde-doença. Algumas especialidades médicas podem refugiar-se nas «certezas» do conhecimento biomédico da sua área e descartar tudo o resto sob o pretexto que não é do seu foro. O médico de família não deve fazer isso. Todos os problemas que lhe são apresentados devem ser acolhidos, esclarecidos e equacionados. Muitas vezes para recusar medicalizar problemas da vida das pessoas, algumas vezes para orientar o recurso adequado a outros serviços de saúde. Muitas das situações apresentadas contêm elementos e aspectos contraditórios e paradoxais que é necessário identificar e procurar compreender.

- **Testar várias hipóteses com flexibilidade, e reflectir sobre o que acontece**

Em situações singulares, difíceis e com elevado grau de incerteza, onde não há conhecimento científico provado e seguro a que recorrer, deve haver flexibilidade e prudência para testar várias hipóteses e intervenções. Uma das características dos SCA é a de neles ocorrerem efeitos ou resultados emergentes, não imediatamente previsíveis a partir da simples consideração das características dos seus elementos isoladamente. A relação médico-doente, a dinâmica familiar, a dinâmica de uma equipa de saúde familiar, fornecem-nos muitos exemplos de como, por vezes, os caminhos certos emergem de uma trama de interações que à partida não seria possível planear antecipadamente.

- **Dar atenção aos aspectos latentes, encobertos ou implícitos**

Uma pessoa, uma família, uma organização, uma sociedade, qualquer SCA tem, qual 'iceberg', uma parte patente, visível, formal e também uma parte submersa, inaparente que faz parte in-

tegrante do todo e influencia o seu modo de ser e o seu comportamento. Dar atenção apenas à parte patente e formal pode conduzir à não compreensão dos fenómenos e problemas em estudo e a não encontrar as intervenções mais adequadas para a sua resolução. Sendo assim, há que desenvolver a arte de perguntar e perceber melhor quais as questões que deveríamos colocar aos nossos pacientes. Olhá-los nos olhos e querer saber realmente como eles estão e quem eles são. Ajudá-los a caminhar em direcção a si mesmos, numa atitude que lhes permita «lembrar-se», na nossa presença, daquilo que são, no mais fundo de si mesmos.

- **Construir sistemas complexos combinando entre si elementos simples**

A construção da relação médico-doente, da relação de uma USF com a comunidade, o desenvolvimento de uma equipa de saúde, de um centro de saúde não burocratizado, de um sistema de saúde avançado não se fazem por acção de 'designers' externos ou de leis normativas. Resultam de um trabalho continuado de estudo, de experimentação, de reflexão e de aprendizagem, que vão dando forma e acrescentando novos elementos, materiais e imateriais (regras e dispositivos de regulação e controlo distribuído, por exemplo), relativamente simples. Combinados e interagindo entre si, estes vão formando um sistema complexo, melhor regulado, mais adaptável e eficaz face às contingências e mudanças contextuais que nunca acabam.

- **Equilibrar cooperação e competição**

O modelo linear dicotómico binário (do tipo «ou, ou») tende a fazer a apologia da competição. O modelo sistémico opõe àquela tendência a primazia da cooperação. A abordagem complexa da realidade aceita que ambas são úteis, naturais e complementares, embora algu-

mas vezes inconciliáveis. A dificuldade está em escolher as modalidades adequadas às situações, nos momentos certos. Uma competição bastante salutar é aquela que uma pessoa, um médico ou uma equipa podem estabelecer consigo próprios. Superar-se continuamente. Fazer sempre melhor!

INSTRUMENTOS PARA LIDAR COM A COMPLEXIDADE

A ciência da complexidade pode ajudar-nos a mudar o modo de ver os sistemas, que só parcialmente podem ser abordados, interpretados e compreendidos pelos métodos científicos tradicionais. Sistemas aparentemente tão diversos como o sistema de saúde, um centro de saúde, uma equipa de saúde familiar, uma família, uma pessoa, o sistema imunológico, o sistema neuroimunoendócrino partilham alguns aspectos e características comuns e apresentam por vezes padrões de acção idênticos. Inovam através de rasgos espontâneos e sistémicos de originalidade, a partir dos quais emergem novos padrões de comportamento.

Quando saímos dos caminhos estritamente lineares e procuramos explorar novas paisagens onde, frequentemente, não há caminhos traçados, corremos o risco de nos perdermos se não lançarmos mão de alguns métodos e instrumentos auxiliares. Recorrer a metáforas é uma forma de moldar a nossa lógica e perspectivas. Pelas metáforas percebemos as coisas novas ou complexas pela sua relação ou similitudes com as que já conhecemos. Algumas destas metáforas tornam-se tão poderosas que se enraízam profundamente na nossa compreensão, de um modo mais implícito que explícito. Permitem-nos perceber algo que nem sempre é visível de outro modo. Tal como é mais simples entender o conceito de linearidade se o compararmos a uma

máquina, por exemplo, também certas explicações dirigidas aos nossos pacientes podem ser simplificadas sob a forma de analogias, parábolas, alegorias, imagens ou desenhos, diagramas e outras representações que ilustrem a mensagem que queremos passar. Isto porque a sua conceptualização verbal torna-se frequentemente demasiado abstracta e pouco acessível. Podemos, assim, ajudar o paciente a recordar-se porque é importante tomar determinado medicamento ou porque é que determinadas medidas simples são mais eficazes do que uma bateria de exames para encontrar «a causa» do seu mal-estar. Podemos explicar ao paciente que as suas queixas podem resultar de um conjunto de factores, por vezes tensões psíquicas e/ou relacionais e que, sendo uno, o seu organismo funciona como uma espécie de panela de pressão com válvulas de escape a vários níveis e manifestações mais psicológicas ou orgânicas. Podemos também recorrer à analogia do bloco de gelo dentro de água que, ao tentarmos submergir, teima em encontrar forma de voltar a emergir, tal como muitos dos nossos problemas intrínsecos e demasiado dolorosos, que gostaríamos de manter bem no fundo do oceano. Deste modo, pode abrir-se uma porta e fazer fluir tensões e emoções contidas e enquistadas, contradições pouco perceptíveis ou aceites pelo próprio, deslaçando um pouco alguns desses nós, de forma circular e integradora. Daí resulta geralmente uma participação mais activa do doente e o sentimento de que foi ouvido, compreendido e realmente cuidado – o efeito terapêutico da relação estabelecida.

Neste sentido, os grupos Balint podem servir como instrumento de análise, treino e aperfeiçoamento da relação médico-doente, como entidade complexa. De modo semelhante, é incitada a expressão livre das emoções pelos elementos do grupo, cuja diversidade vai estimular a interacção e a emergência

de algo novo, de que todos poderão usufruir de forma mais ou menos consciente.

Também as narrativas, os contos médicos, a expressão artística das emoções que emergem da relação com os pacientes são uma forma de fazer circular as nossas experiências, de criar um efeito de onda que vai, imprevisivelmente, influenciar quem nos lê. Além disso, permitem-nos ganhar perspectiva sobre os nossos movimentos e acções, revisitando-os, reflectindo sobre eles, olhando-os sob vários prismas. Perceber melhor onde errámos, o que podíamos ter feito melhor.

De facto, também a análise dos erros e do fracasso pode ser considerada um instrumento precioso se não incluir culpabilizações nem juízos apriorísticos. O medo do fracasso é um dos maiores obstáculos ao sucesso e as organizações que procuram aumentar a inovação estão a encontrar formas de identificar e de recuperar os erros, de aprender com eles e reconhecer que as perspectivas e o conhecimento provêm tanto do fracasso, como do sucesso. A base da criatividade está muitas vezes na 'tentativa e erro' e entender o que não funciona pode ser pelo menos tão importante como entender o que funciona. Se não cometermos erros é porque não nos estamos a esforçar o suficiente.³¹

É então importante aumentar a comunicação, a interacção e a cooperação nas relações interpares, desenvolver conversas estimulantes e energizantes, partilhar histórias, frustrações, paixões, lições, mais do que cultivar a competitividade. Para que juntos possamos descobrir como melhorar determinados aspectos, mantendo ainda esta comunicação aberta nos momentos de conflito.

CRIAR UMA ESTRATÉGIA

Qualquer crise se associa a um acrés-

cimo de incertezas. A capacidade de previsão diminui. A desordem torna-se ameaçadora. Os antagonismos inibem as complementaridades, os conflitos virtuais actualizam-se. As regulações falham. É preciso abandonar os programas pré-determinados e inventar estratégias para sair da crise. É preciso frequentemente abandonar as soluções que remediavam as crises antigas e descobrir soluções novas. O médico de família pode assumir um papel catalisador na construção das novas estratégias, acompanhando a pessoa nesse percurso, integrando-a e estimulando a sua auto-eficácia.

A acção supõe a complexidade, quer dizer, imprevisto, acaso, iniciativa, decisão, consciência dos desvios e das transformações. E acção é estratégia. Esta utiliza múltiplos fragmentos de acção programada, mas não constitui um programa predeterminado. A estratégia permite, a partir de uma decisão inicial, encarar um certo número de cenários para a acção, que poderão ser modificados segundo as informações que chegam no seu decurso e segundo os imprevistos que vão surgindo e perturbando a acção. É a «arte de utilizar as informações que aparecem na acção», de saber ver na acção, que é sempre dinâmica e pode carregar o desconhecido e o imprevisto. Implica vigilância e inovação constantes e um olhar já pronto para agir, mas não acabado. Pronto, mas não fechado para o novo que pode irromper no curso da acção. Temos que ter parâmetros, mas também a sabedoria para duvidar deles. Temos que ter direcções, mas também que aprender a não ser teimosos. A estratégia procura a informação, eliminando ao máximo a incerteza e o acaso, embora procure também utilizá-lo, aproveitar-se dele.

O desafio da complexidade faz-nos renunciar ao mito da elucidação total, encorajando-nos a prosseguir na aventura do conhecimento que é o diálogo com o Universo. Não podemos deixar

que as nossas ideias sejam congeladas ou «reificadas», o que pressupõe uma análise das convicções, especialmente quando suspeitamos que deve haver algo mais que não foi levado em conta. Temos que estabelecer diálogos entre as nossas mentes e as suas produções reificadas em ideias e sistemas de ideias.

Mas, antes de mais, uma ideia ou teoria não deve ser simplesmente instrumentalizada, nem impor o seu veredicto de modo autoritário. Deve ser relativizada e domesticada, ajudando a orientar as estratégias cognitivas, que são dirigidas por sujeitos humanos ²¹.

CONCLUSÃO

A complexidade é um desafio, não uma resposta. Requer um pensamento não disjuntivo, capaz de dialogar e negociar com o real. Este aparece onde o pensamento simplificador falha, mas integra tudo o que põe ordem, clareza, distinção e precisão no conhecimento. Situa-se num ponto de partida para uma visão mais rica, que recusa as consequências mutiladoras, redutoras, unidimensionais e ilusórias de uma simplificação que se toma pelo reflexo do que há de real na realidade.

Em suma, a abordagem proposta é complexa porque procura integrar todas as dimensões ou aspectos da realidade humana, que são físicos, biológicos, sociais, mitológicos, económicos, sociológicos e históricos; porque aspirando a esta multidimensionalidade comporta o reconhecimento de um princípio de incompletude e de incerteza; porque concebe inseparavelmente a unidade e a diversidade humana; porque junta verdades separadas, que se excluíam; porque reconhece que o sujeito humano estudado está incluído no objecto; porque alia a dimensão científica e as dimensões epistemológica e reflexiva (filosóficas); porque procura dar sentido às palavras perdidas e esvazia-

das: alma, espírito, pensamento.

Esta perspectiva expande o significado dos cuidados, não só por o corpo ser tratado com respeito, mas também e sobretudo, por se focalizar nos desejos e pontos fortes de cada indivíduo, capacitando-o para a vida. «A complexidade é, ela mesma, uma metáfora». ²⁵

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beecher H. Measurement of subjective responses. New York: Oxford University Press; 1959.
2. Rutledge JC, Hyson DA, Garduno D, Cort DA, Paumer L, Kappagoda CT. Lifestyle modification program in management of patients with coronary artery disease: the clinical experience in a tertiary care hospital. *J Cardiopulm Rehabil* 1999 Jul-Aug; 19 (4): 226-34.
3. Luskin FM, Newell KA, Griffith M, Holmes M, Telles S, DiNucci E, et al. A review of mind/body therapies in the treatment of musculoskeletal disorders with implications for the elderly. *Altern Ther Health Med* 2000 Mar; 6 (2): 46-56.
4. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract* 2003 Mar-Apr; 16 (2): 131-47.
5. Mundy EA, DuHamel KN, Montgomery GH. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003 Oct; 8 (4): 253-75.
6. Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, Alper CM, Skoner DP. Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosom Med* 2003 Jul-Aug; 65 (4): 652-7.
7. Smith A, Nicholson K. Psychosocial factors, respiratory viruses and exacerbation of asthma. *Psychoneuroendocrinology*. 2001 May; 26 (4): 411-20.
8. Damásio A. Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir. Mem Martins: Publicações Europa-América; 2003.
9. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. 2nd ed. Chicago: Chicago University Press; 1970.
10. McWhinney IR. Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Fam Pract* 1984 Mar; 1 (1): 3-8.
11. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8; 196 (4286): 129-36.

12. Moura MC. Novos conceitos e mudanças na educação médica. Um comentário na perspectiva da estrutura das revoluções científicas de Kuhn. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa* 1987; Tomo CLI (4): 185-6.
13. Ramos V. Prever a medicina das próximas décadas: que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Med Port* 1988 Mar-Abr; 1 (2): 171-9.
14. Von Bertalanffy L. *General Systems Theory*. New York: Georges Braziller; 1968.
15. McWhinney IR. The foundations of family medicine. *Can Fam Phys* 1969; 15: 13-27.
16. Prigogine I. La thermodynamique de la vie. *La Recherche* 1972; 3 (24): 547-62.
17. Prigogine I, Stengers I. *Order out of chaos: man's new dialogue with nature*. New York: Bantam; 1984.
18. Dubos R. *Man adapting*. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1975.
19. Rosnay J. *O macroscópio: para uma visão global*. Lisboa: Editora Arcádia; 1977.
20. Waldrop MW. *Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos*. New York: Simon & Schuster; 1992.
21. Morin E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: EST Éditeurs ; 1990.
22. Morin E. *La complexité humaine*. Paris: Flammarion; 1994.
23. Nicolescu B. *O manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Editora TRIOM ; 1999.
24. Mariotti H. *As paixões do Ego: complexidade, política e solidariedade*. 2ª ed. São Paulo: Editora Palas Athena; 2002.
25. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. *Edgewise: insights from complexity science for health care leaders*. 2ª ed. Irving, Texas: VHA; 2001.
26. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001 Sep 15; 323 (7313): 625-8.
27. Nunes JMM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care; 2007. p.2-8.
28. Griffiths F, Byrne D. General practice and the new science emerging from the theories of 'chaos' and complexity. *Br J Gen Pract* 1998 Oct; 48 (435): 1697-9.
29. Innes AD, Campion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the 'edge of chaos'. *Br J Gen Pract* 2005 Jan; 55 (510): 47-52.
30. Plexus Institute. *Hunterton Medical center: critical mass and emergence of the goddess*. Disponível em: URL: <http://www.plexusinstitute.com/services/stories/show.cfm?id=14> [accedido em 29/11/2007].
31. Goman CK. *Falhar o seu caminho para o sucesso*. Disponível em: URL: http://www.kmol.online.pt/artigos/200608/gom06_1.html [accedido em 29/11/2007].

THE CHALLENGES OF COMPLEXITY IN FAMILY MEDICINE

ABSTRACT

The authors identify some aspects of family medicine (FM) that may benefit from theoretical and methodological contributions from complex adaptive systems theory. They highlight chronic co-morbidity, the challenges of behavioural changes to prevent disease and to promote health, factors associated with patient compliance to treatment, the placebo effect, the biological, psychological, familial, social, occupational, economic and cultural factors that determine the way people suffer and get health care, the role of the community and personal autonomy and empowerment, the hurdles of dealing with technology and the health care system labyrinth.

Theoretical trends are briefly addressed from von Bertalanffy (1968) up to the present. The levels of systemic organization relevant to FM are also discussed: individual, familial, organizational and community. Complexity theory (science) is presented with emphasis on the study of complex adaptive systems (CAS). The «edge of chaos» concept is discussed as a zone of greater possibilities for change and adaptive transformation of complex adaptive systems. Some principles of complexity and tools that might be useful in the daily work of FM are presented here.

The authors stress the need for creating and adopting cognitive strategies and integrative ways of seeing and reading the human being and the world. That means constantly acknowledging and accepting of the principles of incompleteness and of knowledge-related uncertainty.

Key-words: Complexity; Complexity Science; Complex Adaptive Systems; Family Medicine.