

O Cuidado em Saúde e o Modelo
Biopsicossocial: apreender para agir*Healthcare and the Biopsychosocial Model:
understand to act*

O Cuidado em Saúde envolve uma combinação de decisões pessoais pelos recursos humanos em saúde com a escolha por Tecnologias em Saúde (duras, leves-duras e leves)⁽¹⁾. Essa escolha deve ser a mais adequada possível para atender às necessidades reais de cada usuário. Com um fluxo de informações em saúde, cada vez mais intenso, a escolha de tecnologias com custo-efetividade, dentre tantas possibilidades, tem sido um desafio enfrentado não só pelos recursos humanos em saúde, mas também pelos gestores.

Os avanços provenientes da relação de proximidade construída entre a ciência e a saúde, e assim materializadas em um “volumoso” contingente de tecnologias, obviamente trouxeram benefícios sem precedentes à população, e esses benefícios são caracterizados e amplamente discutidos pelas teorias de transições demográfica e epidemiológica. No entanto, no que toca questões multidimensionais, como a Funcionalidade, o entendimento proveniente do saber puramente biomédico não tem sido suficiente para atender às demandas em saúde - características das sociedades pós-modernas⁽²⁾.

Em face do esgotamento do Modelo Biomédico - para atender a uma nova demanda que busca não apenas tratar as doenças, como também garantir maiores níveis de saúde - observou-se ao longo dos últimos anos um crescente interesse pela mensuração e abordagem da Funcionalidade. Trata-se de uma percepção da necessidade eminente de completar informações, amplamente consolidadas da racionalidade biomédica, sobre as condições de saúde, incluindo informações que envolvam experiências em relação às Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades, Participação, Fatores Ambientais e Fatores Pessoais⁽³⁾. O arcabouço teórico da “não tão nova” *práxis*, encontra-se fortemente debruçado no Modelo Biopsicossocial.

Se existe atualmente um grupo de demandas de saúde pelos usuários, por consequência há um grupo de práticas e saberes que os recursos humanos em saúde articulam para atender a essas demandas. Nesse somatório de ações específicas, que estão ao mesmo tempo interligadas entre os diferentes tipos de serviços, emerge o Cuidado em Saúde. Com base no Modelo Biopsicossocial voltado às necessidades reais dos usuários, à identificação das tecnologias disponíveis em cada ponto de atenção das Linhas de Cuidado, assim como à combinação de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos, se prevê um **Cuidar** humanizado e integral à saúde. É oportuno salientar que a incorporação da Tecnologia do Cuidado pelo Modelo Biopsicossocial prevê a solução de impasses persistentes, tais como: a superutilização de tecnologias duras; a subutilização de tecnologias leves e um baixo desempenho para o trabalho em saúde interprofissional.

Endereço para correspondência:

Luciana Castaneda
Rede Brasileira de Pesquisa em
Funcionalidade, Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia do Rio
de Janeiro – IFRJ
Rua Professor Carlos Wenceslau, 343,
Realengo, Rio de Janeiro (RJ), Brasil,
CEP: 21715-000.
E-mail: luciana.ribeiro@ifrj.edu.br

Recebido em: Dezembro 17, 2018

Aceito em: Janeiro 31, 2019

Trabalho realizado no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Rede Brasileira de Pesquisa em Funcionalidade, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Nota-se um crescente interesse dos recursos humanos em saúde pela discussão do tema sobre o Modelo Biopsicossocial e suas vantagens⁽⁴⁾. É oportuno avançar mais um passo, e materializar o discurso da insuficiência e esgotamento do Modelo Biomédico em práticas e exercício profissionais orientados a essa superação. No entanto, a literatura mostrou haver um “hiato” entre o reconhecimento da importância do Modelo Biopsicossocial e sua efetiva incorporação⁽⁵⁾. É natural imaginar que uma mudança de paradigma inovadora encontre dificuldades e percalços. As perguntas de pesquisa que emergiram no presente ensaio caminharam em: Como operacionalizar o Modelo Biopsicossocial? Como sair do “lugar-comum” relacionado apenas a reconhecer o esgotamento do modelo biomédico?

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é forte candidata a assumir o protagonismo de oferecer um arcabouço teórico/prático que sustente a construção da mudança de paradigma. As possibilidades de utilização da CIF convergem para uma linguagem homogênea sobre as informações em saúde⁽⁶⁾, um modelo de orientação transformador para o planejamento terapêutico⁽⁷⁾ e um robusto sistema de informação sobre a Funcionalidade, Incapacidade e Deficiência⁽⁸⁾. Trata-se de um ponto de partida internacionalmente aceito e fortemente relacionado ao esforço de construção de sistemas de saúde orientados à redução das iniquidades e à perspectiva da oferta de cuidado integral. As formas citadas de utilização do Modelo Biopsicossocial da CIF não devem ser consideradas excludentes, mas sim complementares. Dependem não apenas da utilização dos recursos humanos em saúde nas “atividades-fim”, como também do apoio dos gestores e da incorporação no nível macro das Políticas de Saúde.

A inovação do Cuidado em Saúde, orientado pela Funcionalidade, prevê fortemente a inclusão de tecnologias com custo-efetivo, e essa inovação é tema central das agências nacionais e internacionais da seguridade social. Contudo, como apontado por Ayres⁽⁹⁾, o Cuidado em Saúde pelo Modelo Biopsicossocial, deve apoiar-se nas tecnologias, mas nunca a elas se deixar dominar.

Mesmo a despeito de um sem fim de possibilidades de tecnologias em saúde, “gritantes” lacunas de iniquidades persistem entre países e dentro deles, deste modo ressaltando a falha coletiva para compartilhar os avanços em saúde de forma equitativa. A incorporação de um olhar e do registro documental do impacto das condições de saúde na Funcionalidade é cada vez mais fundamental para o planejamento da oferta e para o alcance do Bem-Estar Social, que garanta oportunidades de experiências positivas da Funcionalidade. Estratégias de utilização do Modelo e da Linguagem Biopsicossociais para a orientação da Funcionalidade, sem a necessidade de incorporação inicial e conjunta dos códigos da CIF, podem ser um caminho para reduzir a distância entre a popularidade e a incorporação da classificação.

REFERÊNCIAS

1. Merhy E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
2. Stucki G, Zampolini M, Jucoviccius A, Negrini S, Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(2):299-307. PMID:27882907.
3. Talo SA, Rytökoski UM. BPS-ICF model, a tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts: theory and practice updated. *Int J Rehabil Res*. 2016;39(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.000000000000151>. PMID:26756850.
4. Gonçalves AV, Jácome CIO, Demain SH, Hunt KJ, Marques ASPD. Burden of treatment in the light of the international classification of functioning, disability and health: a “best fit” framework synthesis. *Disabil Rehabil*. 2017;39(13):1253-61. <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1194898>. PMID:27374769.
5. Stephenson R, Richardson B. Building an interprofessional curriculum framework for health: a paradigm for health function. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2008;13(4):547-57. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-006-9042-2>. PMID:17068658.
6. Madden RH, Glozier N, Fortune N, Dyson M, Gilroy J, Bundy A, et al. In search of an integrative measure of functioning. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(6):5815-32. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120605815>. PMID:26016438.
7. Harty M, Griesel M, Van der Merwe A. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting: comparing client and professional priorities. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(1):87. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-87>. PMID:21978385.
8. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134-8. PMID:28118696.
9. Ayres JR. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2000;4(6):117-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>.