

Fisioterapia e Farmacologia: Epistemologias

Luís Coelho¹

ARTIGO OPINIÃO | OPINION ARTICLE

Discutir o modo como áreas diferenciadas da Saúde se podem interseccionar é aventar a possibilidade de uma discussão, bem mais profícua, sobre modelos epistemológicos de intervenção clínica, não podendo, a determinada altura, evitar recapturar velhos confrontos, cismas, e verdades, por vezes, difíceis de digerir. Claro está que o profissional da sua área evitará confrontar o seu próprio esquema interior, mas se a discussão e o confronto são urgentes, é precisamente para que não continuemos a negar o obrigatório ponto de harmonização epistemológica em Saúde. Mesmo que isso implique sacrificar determinadas certezas, labutando pelo conhecimento das limitações pessoais e profissionais, acervo fundamental numa ação clínica ética e, até, “evidente”.

O esquema básico é conhecido: profissões de saúde como “Fisioterapia” ou “Psicologia Clínica”/“Psicoterapia” têm requerido um modelo epistemológico, dito, “biopsicossocial”, a partir do qual tenderam a descartar-se da proximidade com um paradigma mais precisamente “biomédico” ou “clínico” (na acepção de Foucault¹), que considerariam demasiado “localizacional”, “biomecânico”, “analítico”, e limitado na compreensão adequada dum “Ser” multivariado, incluso de uma vertente “psicossocial” que não pode ser descartada. A necessidade de “partição” é um pouco corporativista, não sendo de negligenciar alguma ani-

mosidade do fisio/psico/terapeuta perante a abordagem farmacológica, atida como “impessoal” e “artificial”. Cursos delongáveis daquelas profissões chegam a ocultar, completamente, a importância da farmacologia, podendo, aliás, convidá-las à substituição da última, encarada como “inútil”. Também é patente, já que falamos nos “cursos”, aspergirem tais profissões nos seus prosélitos o culto dos métodos, dos Sistemas, das abordagens atidas como racionais e vistas, correntemente, como salvíficas no trato do Sujeito multivariado. Ora, tal trato geral é, na verdade, muitíssimo perigoso, e este perigo é o de todos os dogmas que, bem vendo, são paralelos à existência humana e (ir)racional.

Desde sempre, e a época pandémica tal exemplifica, que se vem dualizando um caminho (ir)racional que opõe (ir)racionalistas a empiristas, idealistas a cientificistas, dogmáticos a experimentalistas, e, como se já não fosse suficientemente caricatural tal dicotomização, cada elo se fortifica dogmaticamente, sacrificando-se ambos perante a necessária objetividade racional. Sabendo nós que a “patologia” evoca, necessariamente, diferentes vertentes, cada um obstará à que lhe parece mais irrelevante, e constituirá a necessária luta, que, ademais, é uma luta pela auto-affirmação. Esta peleja reforça, ainda mais, a componente subjetiva, placebetária, da terapêutica, e o placebo envolve ambos os polos “tera-

¹ Licenciado em Fisioterapia, Especialista em Reeducação Postural pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa, Portugal.

peuta vs. paciente”. Mas estes polos rememoram, igualmente, a dicotomia que se estabelece entre o “agente” terapêutico, quiçá, dogmático, e o “paciente” empírico, que acusa a “dor” na medida do excesso do primeiro. Em outro artigo² referi que a polarização em causa era excelentemente representada pelo trato fisioterapêutico das raquialgias, pelo “estado de arte” da sua intervenção, que, envolve, justamente, ambas as componentes (ir)racional e empírica. Mas a coisa não se basta nisto, o corpo, a forma como o poderemos “construir”, é um exemplo perfeito da referida polarização, bem como da referida intervenção.

Podemos imaginar que a linha do ráquis dualizaria uma área posterior, fortemente postural, constituída, grandemente, por músculos de ação constante e anti-gravítica, e que compõem uma “cadeia muscular” com tendência para a tensão e o encurtamento, e uma área anterior, fortemente “liberal”, focada no movimento³⁻⁵. A Estrutura posterior assegura o funcionamento da anterior, mas o excesso de encurtamento da primeira pode fazer do movimento um processo disfuncional e doloroso. Claro está que, aqui, já processamos a teoria “racional”, segundo a qual a postura interfere na função e pode provocar a dor. A última é o referencial empírico da teoria. E esta é a própria cadeia muscular, o plexo “subconsciente”, que fomentaria o sintoma. Nela se incluem, também, as diferentes variáveis psicossociais, que, aliás, poderão encurtar e, consequentemente, “doer”. Curiosamente, o excesso terapêutico, o exceder do alongamento, tem, precisamente, o mesmo efeito: “dor”. Que o mesmo será dizer

que o terapeuta pode ceder ao dogma, implicando o paciente no processo. Se existe equilíbrio postural, é de esperar função indolor, diríamos, ainda, que subsiste uma harmonização “terapeuta vs. paciente”. Mas se o dogma se espria, aumenta a polarização «terapeuta vs. paciente», com cada um reagindo defensivamente. E a defesa encurta a “postura” (ir)racional. E cria o sofrimento empírico. E este gera, ainda mais, defesa. Nova defesa, novel postura, pode ser que o ser se adapte empiricamente, reduzindo o grau de sofrimento. Mas, para isso acontecer, é preciso que o sintoma seja dirimido, nada obsta, por exemplo, ao medicamento. Uma compensação psicogénica poderia ser, também, de azo a harmonizar a nova postura racional com o “insufrimento” empírico. De algum modo, concebemos, aqui, a possibilidade dum novo equilíbrio “Razão descendente vs. empirismo ascendente”, que, a nível psicossocial, poderia gerar toda uma nova “sociologia clínica”, submetendo a novel Razão a um conjunto de “convertidos” ao novo equilíbrio. Isto, claro, não aconteceria, decerto, sem que uma outra parte do Sistema viesse a sofrer empiricamente.

A partir daqui, o nível de relativismo e subjetividade poderá levar-nos muito longe, poderia modificar-se toda uma “episteme” (Foucault), constituindo-se novel equilíbrio onde as terapêuticas, incluindo a medicação, teriam de ser adaptadas à nova realidade “racional”. Pode ser mero saudosismo, mas há a possibilidade da nova dinâmica não compensar de todo o esforço do Sistema. Claro está que o dogma quererá vender-se, mas nada nos garante que poderíamos alcançar algo “melhor”. E se é para ob-

ter algo neurologicamente comparável, talvez não compense trair a ordem primeira do corpo. O que nos (re)direciona de volta para a Estrutura básica e para o necessário respeito empírico da mesma. É preciso notar que apesar do dogma prescrever, bastas vezes, um objeto a abarcar, este poderá não passar de uma simples etapa do caminho. E o mesmo acontece com a trama psicossociológica, pelo que, de certa forma, uma intervenção é, apenas, uma compensação. E isto é ainda mais real no que respeita ao contexto do que é multivariado. A complexidade do “Ser” tem sido advogada por muitos terapeutas para remeter às limitações da farmacologia face às terapias psicossociais, mas é exactamente o nível de relativismo dessa complexidade que constitui a fraqueza desses paradigmas. No campo do Holístico, cabe tudo o que quisermos, e vários equilíbrios poderão permutar-se. E como estamos sempre aquém da Verdade, até porque esta é, de todo, inalcançável, toda a ação é compensação, e a intervenção psicológica, mesmo a legítima, será, fundamentalmente, um placebo. Não é por acaso que tantos psicólogos e psicoterapeutas concebem o placebo como intervenção legítima.

Às tantas, compensação por compensação, será, muitas vezes, preferível recorrer a algo que seja, apesar de tudo, mais objetivo, algo que não nos afaste muito da ordem empírica do corpo. E é aqui que se posicionam muitos fisioterapeutas e clínicos. As compensações são, de qualquer forma, inextinguíveis, nada é completamente “resolvente”, a transformação é implacável e, perante ela, há que adensar a objetividade, sob pena de cairmos no caos. Há, en-

tão, clínicos que preferem estabilizar a condição dolorosa com vertentes terapêuticas meramente anti-sintomáticas. Mas, aqui, mais uma vez, caímos na possibilidade de proporcionar novas “liberdades” ao corpo passíveis de complexificar o quadro “causal”. Medicamentos analgésicos administrados sem um tratamento adequado da causa do problema poderão promover novo sofrimento racional e, por consequência, empírico. Ora, o paradoxo não deixa de exprimir o “estado de arte” de intervenção clínica de muitos profissionais em muitas condições. Assim, talvez o único modo de dirimir a polarização vigente esteja na necessária equilibração dos modelos: as dores precisam dum trabalho “causal” e de um outro, anti-sintomático, sem que qualquer um deles seja excedido. A algia filosófica tem, desde há muito, compatibilizado Razão e empirismo, por vezes dum modo desarmónico. A harmonia entre a cadeia racional e o movimento empírico permite, não obstante, fazer crescer a linha raquidiana, pacificando o “Ser” na despolarização Sujeito-Objeto, Terapeuta-paciente.

A harmonização entre holisticidade e cientificidade é, de resto, o mote de qualquer boa terapêutica, isto se pretendemos “estabilizar” o Ser, escusando o perigo da transformação desnecessária. Aliás, só há vera Razão se houver acordo com a empiricidade, o placebo é demonizado porque é “irrealista”, mas o seu carácter só se desvela na medida em que o preteritamente racional se revela irracional. Claro está que, de certo modo, tudo é racional e irracional ao mesmo tempo, justamente porque tudo é compensação. Aqui, é o próprio “relativismo dogmático” (Popper⁶) que brota

e pretende ver-se estabilizado pelo rigor empírico, e dirá o dogma que este fenece a possibilidade de transmutação, e o paradoxo não cessa, mas, como já vimos, a terapêutica medicamentosa está envolvida, irmãmente, nos dois polos, porque pode estabilizar, mas pode, também, proporcionar a compensação transformadora. E assim como um terapeuta, ou um farmacêutico, poderá aliar polarmente as diversas vertentes epistêmicas, isto não será em desprimor de se aliarem as diferentes áreas terapêuticas, concluindo esforços clínicos.

O terapeuta sabe, por exemplo, que um alongamento primoroso pode reflectir-se numa dor neuropática, sabe que pode acrescer-lhe o movimento, o trabalho de força, mas sabe, tal-qualmente, que um medicamento poderá minorar a dor e a inflamação, possibilitando mais função. A farmacoterapia alia-se, reiterando-se essencial. Também o farmacêutico não esquece as variáveis psicogénicas, simplesmente as coloca num plano paralelo. E este plano, excedendo-se, pode convidar ao abandono do mesmo fármaco que permite tolerar, francas vezes, uma psicoterapia. Mais difícil seria tolerar “ad infinitum” uma terapia dolorosa, com a promessa da salvação vindoura. Nem todo o sofrimento se justifica. Não parece razoável estender indefinidamente uma terapêutica sem o adequado suporte empírico. Há transformações tão sofridas que se tornam incompatíveis com a vida “funcional”. Quando a mutação é exagera-

da, acaba por ocorrer uma polarização Terapeuta-paciente passível de banir os elementos do Sistema. Como se a nova Razão fosse, de todo, estranha, familiarmente irracional.

Diante dos excessos compensatórios, o prescritivismo farmacológico pode parecer securizante - também ele seria, quiçá, um placebo -, mas não deve, todavia, perder-se a riqueza dialética, que não é impossível para a Farmacologia, no fundo, o que se pede é o jogo compensatório da vida examinada, a dialética constante, mas cerzida pelo equilíbrio (psicos) somático. Os excessos da própria ciência são de mote a produzir a necessidade placebetária, a tolerância, a flexibilidade, é o melhor remédio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault M. Les mots et les choses. Gallimard; 1966.
2. Coelho L. Raquialgias: Modelos fisioterapêuticos e preventivos. *Gazeta Médica*. 2020;7(3).
3. Mézières F. La révolution en gymnastique orthopédique. Paris: Vuibert; 1949.
4. Souchard Ph-E. Le champs clos. Paris: Maloine; 1981.
5. Coelho L. O anti-fitness ou o manifesto anti-desportivo. Introdução ao conceito de reeducação postural. Quinta do Conde: Contra-Margem; 2008.
6. Popper K. The open society and its enemies. Routledge & Kegan Paul, Ltd.; 1945.