

Discurso aristotélico físico e doença cardíaca na atualidade

Afonso Carlos Neves, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Paulo Guilherme Tavares de Azevedo Cardoso, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Resumo: Nas décadas de 1970 e 1980, com a publicação de diversos trabalhos na área da fisiopatologia da insuficiência cardíaca, descobriu-se que determinados dados de exame físico tinham grande valor prognóstico na avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca aguda. Relacionados ao grau de perfusão sanguínea dos membros e ao seu inchaço ou edema, tais dados tornaram-se parâmetros para a conduta frente a esses doentes em pronto atendimento. A gradual composição desses elementos fez com que fosse possível estabelecer quatro “perfis” de doentes com insuficiência cardíaca aguda, conhecidos como “quente e seco”, “quente e úmido”, “frio e seco” e “frio e úmido”, que correspondem, respectivamente, aos estados de boa perfusão-sem edema, boa perfusão-com edema, baixa perfusão-sem edema e baixa perfusão-com edema. O uso dos termos “quente”, “frio”, “seco” e “úmido” para se referir a estados patológicos, entretanto, já fazia parte do discurso científico da Antiguidade e da obra de Aristóteles. Interessa-nos debater o uso do discurso aristotélico e também hipocrático no entendimento desses quadros clínicos. Através de uma análise histórica e sociológica dos períodos em que cada discurso foi elaborado, pretendemos elaborar hipóteses acerca do processo de idas e vindas desses termos.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca, Aristóteles, Hipócrates

Abstract: During the 1970 and 1980 decades, studies on pathophysiology of heart failure arrived to the conclusion that some information from physical examination had great prognostic value within the evaluation of these patients. Relating to the limbs' level of blood perfusion and its congestion or edema, these data became parameters for management of these patients in emergency rooms. The gradual compound of these elements made it possible to set four “profiles” of people with acute heart failure, known as “warm and dry”, “warm and wet”, “cold and dry” and “cold and wet”, which correspond, respectively, to the states of high perfusion-without edema, high perfusion-with edema, low perfusion-without edema and low perfusion-with edema. However, the use of the terms “warm”, “cold”, “dry” and “wet” to assess pathological states was part of the scientific discourse of Antiquity and of the Aristotle work indeed. It is our interest to debate the application of Aristotelian and also Hippocratic discourse in the understanding of these clinical subsets. Through a historic and sociologic analysis of the period in which each discourse was developed, we achieve to make hypothesis for the comings and goings processes of these terms.

Keywords: Heart Failure, Aristotle, Hippocrates

Introdução

A Síndrome da Insuficiência Cardíaca é um problema de saúde complexo, responsável por uma grande quantidade de internações hospitalares e alta morbi-mortalidade. É uma das principais causas de morte na população idosa da atualidade. Possui apresentação clínica bastante variável entre pacientes, o que frequentemente dificulta seu diagnóstico. Apesar de apresentar evolução insidiosa e crônica na maioria dos casos, a agudização da doença, a Síndrome da Insuficiência Cardíaca Aguda, uma causa comum de procura por pronto atendimento, muitas vezes pode ser fatal. Há casos de doentes que chegam ao médico nesse estágio sem nunca terem recebido um diagnóstico ou tratamento prévio, ou, se receberam, não era adequado. Devido à grande quantidade de drogas para tratamento disponíveis no mercado, o conhecimento e a experiência do clínico são decisivos para uma boa evolução e recuperação. Por conta disso, é rotina na maioria dos serviços de saúde a classificação dos doentes com insuficiência cardíaca aguda em quatro perfis possíveis, para um melhor manejo clínico: quente-úmido, quente-seco, frio-úmido, frio-seco.

O que nos chama a atenção é que, como já observado por Gensini e Conti (Med Hypotheses, 2006), o uso dos termos “quente”, “frio”, “úmido” e “seco” remonta a períodos milenares da história da medicina, não como forma de se referir à insuficiência cardíaca mas como discurso científico e



ção teórica de raciocínio lógico, base para a tomada de decisões em qualquer doente. Notamos ainda que tal discurso foi usado não só na história da medicina como em todo o início do pensamento filosófico ocidental. Além de Hipócrates, pai da Medicina, e de outros médicos gregos, Aristóteles também se referiu a essas quatro características, sensíveis ao tato, como as características elementares dos corpos. Assim, indo além do problema da insuficiência cardíaca aguda, é objetivo do presente trabalho levantar hipóteses sobre quais foram os fatores que levaram termos aristotélicos voltarem a serem utilizados na prática clínica da medicina moderna.

Uma curta história dos termos

É próprio da medicina dos antigos uma estreita relação com o pensamento filosófico ou religioso da época. Não só na civilização grega antiga, como também na chinesa, havia a concepção de “substâncias elementares”, que estariam presentes em equilíbrio no organismo saudável. A doença era vista como o distúrbio do equilíbrio, e os esforços do médico da época eram em vista de restabelecê-lo. No Ocidente prevaleceu o que ficou conhecido como a Doutrina dos Quatro Elementos.

É possível encontrar um primeiro esboço do discurso dos quatro elementos na medicina egípcia. Com base em registros de papiros que datam de 4.000 a 2.000 a. C., historiadores sugerem que médicos egípcios teriam um grau avançado de conhecimentos empíricos para a época, chegando a elaborar uma certa racionalização de condutas, apesar de ainda ligados a concepções mágico-religiosas. Não há evidências para propor que a medicina grega teria começado no Egito, porém sabe-se que um protótipo de uma medicina científica teve lá sua primeira aparição.

Na Grécia, o introdutor da Doutrina dos Quatro Elementos teria sido Empédocles (490-435 a.C.). Discípulo de Parmênides, diferenciou-se do mestre por propor que a matéria não era derivada de um único elemento, mas sim de quatro: a terra, o fogo, a água e o ar. Na medicina, Alcmeon (séc. V a.C.), médico grego contemporâneo de Pitágoras e bastante influenciado pelas ideias de Heráclito, sugeriu que o corpo humano seria formado por seis características elementares: o quente, o frio, o úmido, o seco, e também o doce e o amargo.

Então Hipócrates de Cós (460-370 a.C.), presumivelmente o mestre de uma escola médica que seria conhecida futuramente por séculos, da qual se tem registros de uma doutrina rigidamente elaborada sobre parâmetros racionais e observações empíricas que eram passadas adiante aos discípulos, estabelece que os quatro elementos da natureza estariam presentes no corpo humano em forma de “fluidos”, cada um deles distinguível por apresentar um par de características sensíveis, do mesmo modo que os elementos: o sangue, quente e úmido, como o ar; a bile amarela, quente e seca, como o fogo; a bile negra, fria e seca, como a terra; e a fleuma, fria e úmida, como a água. De acordo com o princípio de que os fluidos estariam em equilíbrio no corpo saudável, a doença seria o excesso ou a falta de um deles.

Por fim, Aristóteles (384-322 a.C.), em “Da Geração e da Corrupção”, Livro 2, elaborou uma tese engenhosa para atribuir aos elementos da natureza quatro “capacidades elementares”. Começa por definir que os corpos apresentam contrariedades em relação a cada sentido. Assim, ao falar do tato, assume que os corpos podem ser quentes ou frios, secos ou úmidos, moles ou duros, viscosos ou friáveis, ásperos ou lisos, grossos ou finos, pesados ou leves, etc. No entanto todas essas características derivam de quatro principais: o seco, o úmido, o quente e o frio. Essas quatro características estariam presentes nos corpos em forma de pares, que seriam os “pares de capacidades elementares”: quente-seco, quente-úmido, frio-seco, frio-úmido. São pares de características elementares por serem atribuíveis aos “corpos que nos aparecem como simples”: a terra (fria e seca), o fogo (quente e seco), o ar (quente e úmido) e a água (fria e úmida).

Após Aristóteles a Doutrina dos Quatro Elementos viria a ser uma das principais bases de raciocínio da Antiguidade, perdurando durante quase toda a Idade Média e vindo a ser contestada e definitivamente derrubada como discurso científico no séc. XVIII, início da medicina moderna.

Os perfis hemodinâmicos da Insuficiência Cardíaca Aguda

A elaboração do discurso dos perfis hemodinâmicos na insuficiência cardíaca aguda começa em 1976, quando Forrester et al. publicam estudo no *New England Journal of Medicine* em que comparam o

exame físico de pacientes com insuficiência cardíaca aguda pós-infarto agudo do miocárdio com achados quantitativos da monitorização por cateter de Swan-Ganz. São então descobertos quatro perfis hemodinâmicos possíveis para pacientes com insuficiência cardíaca aguda. E, mais ainda, tais perfis não se baseiam em variáveis complexas, mas sim em dois parâmetros de exame físico: grau de perfusão sanguínea periférica e presença ou ausência de congestão (edema).

Cerca de três décadas após, Stevenson et al. publicam artigo no *American Heart Journal* onde apresentam um algoritmo de manejo da insuficiência cardíaca aguda estabelecendo como prioridade a classificação dos doentes como “úmidos” ou “secos”, levando-se em consideração o grau de congestão ao exame físico.

Posteriormente, Nohria et al. publicam estudo em que definem os prognósticos dos quatro perfis hemodinâmicos observados por Forrester et. al. Stevenson aparece citada no trabalho como cedendo permissão para a reprodução de uma tabela onde os quatro perfis recebem novas denominações: quentes e secos (boa perfusão, sem edema), quentes e úmidos (boa perfusão, com edema), frios e secos (má perfusão, sem edema) e frios e úmidos (má perfusão, com edema).

Portanto Lynne Stevenson, cardiologista e pesquisadora norte-americana, formada pela Universidade de Stanford e pesquisadora da Universidade de Harvard, parece ser a responsável pela introdução dos termos “quente”, “frio”, “seco” e “úmido” na insuficiência cardíaca aguda. Nossa pergunta diz respeito aos fatores que estavam presentes na estrutura do conhecimento de Stevenson anterior à elaboração do algoritmo que permitiu que tais termos aparecessem. Nas palavras do filósofo da “Arqueologia das Palavras”, Michel Foucault, trata-se de se estudar o “jogo das regras que tornam possível, durante um período dado, o aparecimento de objetos”.

Hipóteses

Teria sido um ato consciente de Stevenson, com base em conhecimentos de história da medicina ou de história da filosofia, que enxergou, ou no discurso hipocrático ou no discurso aristotélico, uma congruência com os resultados de Forrester? Não seria exagero destacar que o sistema educacional norte-americano permite uma saudável interdisciplinaridade no início da graduação universitária, possibilitando que ingressantes em cursos da área da saúde façam um “College” em disciplinas das ciências humanas.

Além disso na medicina moderna é praticamente impossível a desvinculação do médico e do doente do sistema de saúde que os envolvem e dos custos que a doença acarreta. Há uma busca constante por soluções rápidas a custo baixo, que diminuam ao máximo o tempo de internação hospitalar. O paradigma da internação hospitalar tem sofrido transformações no século XXI, pois há prejuízos tanto em termos de custo financeiro quanto de custo à saúde e qualidade de vida do doente. Algoritmos como esse da Insuficiência Cardíaca Aguda se dirigem a esse alvo.

Ainda notamos que é característico da modernidade um processo de esvaziamento do significado de indivíduo. Na prática médica tal tendência se reflete na progressiva desvalorização de uma anamnese e exame físico detalhados e em uma confiança cada vez maior nos resultados laboratoriais e nos aparelhos de diagnóstico por imagem. Vale destacar ainda que num contexto industrial é mais vantajosa uma solução que seja aplicável para uma massa de doentes do que para uma parcela pequena deles. Justifica-se tal preferência também num contexto em que a decisão clínica direcionada individualmente é cada vez mais complexa levando-se em conta a grande disponibilidade de medicamentos e opções terapêuticas no mercado. Há uma grande necessidade de ferramentas que auxiliem na tomada de decisões.

Por fim citemos o que a própria autora afirma em seu artigo sobre o algoritmo, na introdução:

Muitas das recomendações nesse algoritmo são baseadas mais num consenso da experiência do que na evidência de estudos controlados por duas razões. Primeiro, pacientes com insuficiência cardíaca avançada requerem terapia individualizada, o que frequentemente limita sua inclusão em grandes ensaios. Segundo, o suporte tem sido menos facilmente disponível para testar estratégias específicas do que para testar agentes específicos. (Stevenson *et al.*, 1998, p. S293)

Stevenson chama a atenção para duas facetas da epistemologia médica que muitas vezes escapam ao método científico: a individualidade de cada doente e a incapacidade de se testar estratégias em grande

escala. Talvez não tão distante da Grécia Antiga quanto gostaríamos, vemos que a experiência e a observação, além da evidência científica, mesmo na passagem do séc. XX para o XXI, continuam a ser uma das mais importantes formas de aquisição e transmissão do conhecimento médico.

Conclusões

Isto nos leva a uma reflexão sobre as mudanças de paradigma na ciência, particularmente em relação a métodos diagnósticos.

Thomas Kuhn elaborou a conceituação de que a história da ciência não caminha de forma linear, mas sim em sucessivas revoluções científicas por meio da sucessão de paradigmas. De formação em física, Kuhn tinha dúvidas se sua ideia de mudanças paradigmáticas poderia ser aplicada às ciências biológicas ou especificamente à medicina. Com o passar do tempo, a ideia de paradigma acabou por penetrar todos os campos do conhecimento.

Se o processo de transição entre paradigmas não ocorre isoladamente por si só, mas acompanha a concomitância de transformações sociais, políticas, econômicas e culturais, vemos que o retorno de uma linguagem e uma conceituação que já tinham sido abandonadas pela ciência médica, configurando um novo (e aparentemente antigo) modelo de diagnosticar, pode acompanhar, talvez, certo “esgotamento” do padrão de abordagem refinadamente tecnológica aos pacientes, seja por conta de certas limitações, ou por conta de elevados custos, ou ainda pela praticidade da aplicação das designações de origem grega.

REFERÊNCIAS

- Ackerknecht, E. H. (1982). *A Short History of Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Braudel, F. (2004). *Gramática das Civilizações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Forrester, J.S., Diamond, G., Chatterjee, K. e Swan, J.C. (1976). Medical therapy of acute myocardial infarction by application of hemodynamic subsets (second of two parts). *New England Journal of Medicine*, 295, pp. 1404-13.
- Foucault, M. (1981). *As Palavras e as Coisas – Uma Arqueologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gensini, G.F. e Conti, A.A. (2006). Hemodynamic profiles of heart failure patients and “elementary qualities” of pre-hippocratic medicine: a hypothesis for a linguistic and epistemological relationship. *Med Hypotheses*, 66(6), pp. 1246-8.
- Kremer-Marietti, A. (1977). *Introdução ao Pensamento de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Krumholz, H.M. (2013). Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*, 368, pp. 100-102.
- Kuhn, T. S. (2009). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Márias, J. (2004). *História da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nohria, A., Tsang, S.W., Fang, J.C., Lewis, E.F., Jarcho, J.Á., Mudge, G.H., et al. (2003). Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 41(10), pp. 1797-804.
- Ortega y Gasset, J. (1995). *¿Qué es Filosofía?* Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Sousa, A. T. (1996). *Curso de História da Medicina – Das Origens aos Fins do Século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stevenson, L.W., Massie, B.M. e Francis, G.S. (1998). Optimizing therapy for complex or refractory heart failure: A management algorithm. *Am Heart J*, 135, S293-S309.

SOBRE OS AUTORES

Afonso Carlos Neves: Formou-se em Medicina pela Escola Paulista de Medicina em 1979. Fez Residência Médica em Clínica Geral e Neurologia de 1980 a 1982. Título de Mestrado em Neurologia pela Escola Paulista de Medicina em 1988, Doutorado em Neurologia pela Escola Paulista de Medicina em 1993, Pós-Doutorado em Neurologia na University of California - San Francisco em 1997-98, Doutorado em História Social da Ciência em 2008 pela FFLCH-USP. Coordenador do Setor de Neuro-Humanidades da Disciplina de Neurologia da EPM-Unifesp. Autor dos livros *O Emergir do Corpo Neurológico*, *Humanização da Medicina e seus Mitos* e das ficções *Zykaron* e *Nereidas*.

Paulo Guilherme Tavares de Azevedo Cardoso: Médico formado pela Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, atualmente é médico residente de Neurologia do Hospital São Paulo, vinculado à UNIFESP. Durante a graduação realizou pesquisas e projeto de extensão voltado para a humanização do cuidado à saúde e frequentou cursos oferecidos pelo Setor de Neuro-Humanidades da UNIFESP, tendo publicado artigos e crônicas em revistas e sites do Brasil. Atualmente tem interesse voltado para a área de Neurologia e Neuro-humanidades.