

**CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
LUIZ ARTUR COSTA RICARDO**

**HOMEOPATIA, IMUNOLOGIA, CONCEITO SAUDE-DOENCA E
CAUSALIDADE**

**SÃO PAULO
2014**

LUIZ ARTUR COSTA RICARDO

**HOMEOPATIA, IMUNOLOGIA, CONCEITO SAUDE-DOENCA E
CAUSALIDADE**

Monografia apresentada a Alpha/APH como
Exigência para obtenção do título de especialista
em Homeopatia.

Orientador: Pedro Luiz Ozi

**SÃO PAULO
2014**

Ricardo, Luiz Artur Costa

Homeopatia, imunologia, conceito saude-doenca e causalidade/ Luiz Artur Costa
Ricardo, -- São Paulo, 2014.

48f.

Monografia – ALPHA / APH, Curso de Especialização em Homeopatia.

Orientador: Pedro Luiz Ozi

1. Homeopatia 2. Imunologia 3. Saúde-doença I. Título

RESUMO

Saúde e doença não são condições estáveis, mas sim conceitos vitais sujeitos a constante avaliação e mudança. As principais referências através das quais se definem o processo saúde-doença se baseiam, mais comumente, em conceitos do século XIX, onde predominava a teoria do germe, ou seja, a identificação de um agente patogênico causador de uma lesão (inflamação) relacionada aos sintomas. Contudo, a evolução dos estudos epidemiológicos demonstrou que existem muitos *gaps* na nossa compreensão do processo de saúde-doença.

O presente trabalho tem por objetivo ressaltar alguns aspectos da literatura médica que tratam do conceito de saúde e doença, expondo o dilema da variabilidade de manifestações ou expressões clínicas e destacar alguns pontos da doutrina homeopática sobre esses mesmos aspectos, analisando interfaces possíveis entre esses conhecimentos. Para isso, iniciamos com uma breve revisão de conceitos básicos e atuais sobre imunobiologia. Em seguida, destacamos aspectos do processo saúde-doença na doutrina homeopática, contidos no *Organon da Arte de Curar, Doenças Crônicas – sua natureza peculiar e sua cura homeopática* de Samuel Hahnemann e no livro *Lições de Filosofia Homeopática* de James Tyler Kent. Discorreremos sobre as visões de saúde-doença e causalidade contidas nas idéias da Patologia Experimental e da hipótese higiênica e por fim vimos alguns aspectos históricos da evolução do processo saúde-doença e causalidade.

Concluimos mostrando a interrelação entre as diferentes abordagens do conceito saúde-doença por nós estudadas e, sobretudo, o modo como a homeopatia se relaciona com essas abordagens, contendo os aspectos mais importantes historicamente associados ao modo de adoecer na espécie humana.

Palavras-chave: Homeopatia, Imunologia

ABSTRACT

Health and disease are not stable conditions, but vital concepts subject to constant evaluation and change. The main reference through which the health-disease process are based, most commonly refers to concepts of the nineteenth century, where the predominant thoughts was related to germ theory, ie, the identification of a pathogen causing a lesion (inflammation) related to symptoms. However, the evolution of epidemiological studies has shown that there are many gaps in our understanding of the process of health and illness.

This paper aims to highlight some aspects of the medical literature dealing with the concept of disease and health, exposing the dilemma of the variability of clinical manifestations or expressions and highlight some points of homeopathic doctrine on these same aspects, analyzing possible interfaces between these knowledge. For this, we start with a brief revision of basic and current concepts of immunobiology. Then, we highlight aspects of the health-disease process in homeopathic doctrine contained in the *Organon da arte de curar, Doenças Crônicas – sua natureza peculiar e sua cura homeopática* of Samuel Hahnemann and the book *Lições de filosofia homeopática* of James Tyler Kent. We discuss the visions of health-and disease causation on the themes of Experimental Pathology and hygienic hypothesis and finally saw some historical aspects of the evolution of health care and causation process.

We conclude by showing the interrelationship between the different approaches of the health-disease concept studied by us, and especially how homeopathy relates to these approaches, containing the most important features historically associated with the mode of illness in humans.

Keyword: Homeopathy Immunology

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. | IMUNOBIOLOGIA | 14 |
| 3. | HOMEOPATIA (HAHNEMANN E KENT) | 18 |
| 4. | PATOLOGIA EXPERIMENTAL | 24 |
| 5. | HIPÓTESE HIGIÊNICA | 30 |
| 6. | CONCEITO SAÚDE-DOENÇA | 36 |
| 6.1 | Período pré-cartesiano | 38 |
| 6.2 | Desenvolvimento do modelo biomédico | 39 |
| 6.3 | Primeira revolução da saúde | 40 |
| 6.4 | Segunda revolução da saúde | 41 |
| 7. | DISCUSSÃO | 44 |
| | REFERÊNCIAS | 50 |

1. INTRODUÇÃO

Saúde e doença não são condições estáveis e sim conceitos vitais sujeitos a constante avaliação e mudança. Esses termos já tiveram definições tão simples como saúde é “ausência de doença ”e doença é “ausência de saúde”, definições pouco esclarecedoras¹.

As referências mais comuns para definir origem de doença vem do século XIX e o intenso desenvolvimento do conhecimento biomédico desde então se manteve fiel à lógica que explica origem de doença através da identificação da causa que produz a lesão (inflamação) relacionada aos sintomas². No século XIX, contudo, o pensamento biomédico era dominado pela teoria do germe. As grandes migrações e crescimento desordenado das cidades propiciaram, nesta época, epidemias como gripe, sarampo, rubéola, tuberculose, varíola, entre outras tendo como papel central a presença de um agente patogênico. A identificação de agentes microbiológicos responsáveis por lesões inflamatórias específicas foram a base para definição das doenças infecciosas e o desenvolvimento da bacteriologia orientou importantes mudanças na medicina³.

A existência de uma *causa específica necessária* é indiscutível no caso de doenças infecciosas. No entanto, a formulação de conceitos como infecção, susceptibilidade, resistência e portador assintomático demonstraram que a presença de um agente causal específico é *insuficiente* para que a doença ocorra. No caso de doenças crônicas não é possível identificar uma *causa necessária*³.

O estudo epidemiológico das doenças crônicas mantém a causalidade como eixo do entendimento. Entretanto, há muitos *gaps* nesse entendimento que desafiam

a nossa compreensão sobre as formas diferenciadas de expressão das doenças ou sobre a habilidade de alguns indivíduos de resistir a agentes agressivos³.

O presente trabalho tem como objetivo ressaltar alguns aspectos da literatura médica que tratam do conceito de saúde e doença e que expõem o dilema da variabilidade de manifestações ou expressões clínicas e tem por objetivo também destacar alguns pontos da doutrina homeopática sobre esses mesmos aspectos e analisar interfaces possíveis entre esses conhecimentos.

2. IMUNOBIOLOGIA

Antes de começarmos a discorrer sobre o assunto propriamente dito, faremos uma breve introdução sobre princípios modernos da imunologia que nos ajudarão a entender melhor os tópicos a serem discutidos.

A resposta imune ou imunidade é a ação desenvolvida pelo nosso organismo contra a invasão de patógenos potenciais. Esta imunidade pode ser inata ou adquirida (adaptativa). A imunidade específica, com a produção de anticorpos contra um patógeno ou seus produtos é conhecida como imunidade adaptativa, por que é desenvolvida durante a vida de um indivíduo como uma adaptação a infecção por aquele patógeno promovendo, em muitos casos, uma imunidade protetora ou memória imunológica. Essa memória protegerá o organismo contra futuras reinfecções pelo mesmo patógeno.

A imunidade inata está sempre imediatamente disponível para combater uma grande variedade de patógenos, mas não induz uma imunidade duradoura e não é específica contra nenhum patógeno em particular. Na linha de frente da resposta imune inata estão as células fagocíticas, subdivididas em três grupos: 1- monocitos e macrófagos; 2 – granulócitos (neutrófilos, eosinófilos e basófilos); e 3 - células

dendríticas. As imunidades inata e adaptativa juntas proporcionam um sistema de defesa extraordinariamente eficaz. Muitas infecções são controladas pela imunidade inata e não causam nenhuma doença, aquelas que não são solucionadas, desencadeiam a imunidade adaptativa e, se superadas, conferem uma memória imunológica duradoura⁴.

O sistema imune percorre quatro passos principais no estabelecimento de uma resposta eficaz. O primeiro é o reconhecimento imunológico, quando a infecção

é detectada, tarefa desempenhada pelas células fagocíticas do sistema imune inato e pelos linfócitos do sistema imune adaptativo. O segundo passo são as funções imunes efetoras, cujo objetivo é conter ou eliminar por completo a infecção, esse passo conta com a participação de proteínas do sistema complemento, linfócitos e

outras células brancas. O terceiro passo é a regulação imune, impedindo que a própria resposta imune cause prejuízos ao organismo como o desenvolvimento de alergias ou doenças autoimunes. O quarto passo é a memória imunológica, de modo que tendo sido exposta uma vez a um agente infeccioso a pessoa montará uma resposta imediata e forte contra uma reexposição ao mesmo patógeno.

A resposta imune inata ocorre imediatamente em resposta a exposição a um agente infeccioso. Sobrepondo-se a ela, mas levando dias e não horas para se desenvolver, a imunidade adaptativa é capaz de eliminar infecções de forma mais eficiente⁴.

Um patógeno que ultrapasse a barreira da pele ou mucosa imediatamente encontra as células fagocíticas da resposta imune inata. Essas células fagocitam o patógeno, degradam-no internamente e secretam proteínas chamadas de citocinas e quimiocinas, que tanto ativam outras células fagocíticas vizinhas quanto as atraem da corrente sanguínea para o local infectado. As citocinas e quimiocinas deflagram o processo de inflamação. Os sinais clássicos de inflamação: calor, rubor, dor e tumor, refletem o efeito dessas substâncias sobre os vasos sanguíneos locais. A dilatação e aumento da permeabilidade vascular durante a inflamação leva a um aumento do fluxo sanguíneo local e extravasamento de fluido para os tecidos, causando inchaço, rubor e calor. A migração de células para dentro dos tecidos e sua ação local causam dor⁵.

As células fagocíticas da imunidade inata, contendo microrganismos, fagocitados ou seus fragmentos, migram via sistema linfático para os tecidos linfóides vizinhos, linfonodos, baço e tecidos linfóides das mucosas, onde apresentarão os antígenos desses microrganismos aos linfócitos T virgens, iniciando a resposta imune adaptativa. Além disso as células fagocíticas têm papel inicial na discriminação entre próprio e não-próprio. Os receptores de reconhecimento dessas células reconhecem moléculas e estruturas celulares simples dos patógenos conhecidas como padrões moleculares associados a patógenos (PAMPs), que estão presentes nos microrganismos, mas não nas próprias células. Esses receptores são conhecidos como receptores de reconhecimento de padrão (PRRs) e reconhecem estruturas celulares da parede celular que são comuns a muitos patógenos e que têm sido conservados assim durante a evolução. Dessa forma, o sistema imune inato distingue o próprio do não-próprio e monta o ataque contra os invasores⁵.

O reconhecimento desses antígenos de patógenos pelos receptores de linfócitos virgens faz com que essas células sejam ativadas, passando por um período de proliferação e diferenciação, após o qual a maioria deixa o sistema linfático como células efetoras, retornando a corrente sanguínea, em direção ao local onde irão atuar. Esse processo leva cerca de cinco dias, ou seja, a imunidade adaptativa contra um antígeno não encontrado anteriormente não se torna efetiva até cerca de uma semana após o início da infecção⁵.

Os linfócitos virgens maduros encontram e respondem ao antígeno nos órgãos linfóides periféricos. Os linfócitos T virgens, como já dissemos, reconhecem os antígenos expressos na superfície das células fagocíticas que migram ativamente do local da infecção aos tecidos linfóides periféricos via sistema linfático pela ação de quimiocinas. Os linfócitos B maduros, por sua vez reconhecem antígenos livres e

microrganismos que não foram fagocitados e que difundem-se pelo fluido extracelular passivamente, também pelo sistema de vasos linfáticos, para os órgãos linfoides periféricos. A ativação e proliferação de linfócitos faz com que eles se tornem células efetoras. Na verdade, um linfócito com receptor de especificidade adequada é ativado e prolifera. Somente quando um grande número de células idênticas foi produzido é que elas se diferenciam em células efetoras. A ativação de células B requer não apenas o reconhecimento do antígeno, mas também a cooperação de células T auxiliares⁶.

Ao final do seu desenvolvimento no timo, os linfócitos T são compostos por duas classes principais de acordo com sua proteína de superfície, uma classe possui a proteína CD8 e outra classe a proteína CD4, essas proteínas ajudam a determinar a interação das células T com outras células. As células T citotóxicas possuem o CD8, ao passo que as células T CD4 estão envolvidas por ativação, e não morte, das células por elas reconhecidas. As células CD8 são destinadas a se tornarem células T citotóxicas no momento em que saem do timo como linfócitos virgens. As células CD4, ao contrário, podem se diferenciar em diferentes tipos de células efetoras após sua ativação. Embora outros tipos tenham sido descritos os dois principais tipos de células T CD4 efetoras são chamadas de células Th1 e Th2. Ambos os tipos estão associados a estimulação de produção de anticorpos por células B virgens que, além da estimulação antigênica, muitas vezes necessitam de uma coestimulação das células T; e as células Th1 participam também no controle de algumas infecções bacterianas intracelulares, ativando macrófagos infectados, induzindo a fusão de 12 seus lisossomas às vesículas que contém as bactérias e ativando os mecanismos antibacterianos⁶.

3. HOMEOPATIA (HAHNEMANN E KENT)

A valorização da individualidade e da totalidade sintomática constitui um exercício habitual aos praticantes da homeopatia. Esse olhar para o indivíduo e para o modo de desenvolvimento de sintomas possibilitou a constatação, ou a confirmação, de algumas características do processo de adoecimento, já descritas por Samuel Hahnemann no *Organon da Arte de Curar*⁷, como por exemplo a observação de que o manejo inadequado de doenças agudas, como uso de paliativos ou supressores de sintomas locais, levam ao posterior recrudescimento dos sintomas ou até mesmo agravamento da doença. Em relação ao processo de adoecimento Hahnemann diz no parágrafo 10 do *Organon*⁷ “é somente o ser imaterial, animador do organismo material no estado são e no estado mórbido (o princípio vital, força vital), que lhe dá toda sensação e estimula suas funções vitais.”

E no parágrafo 12 diz “Somente a força vital morbidamente afetada que produz moléstias...”. Dessa forma, Hahnemann pontua a natureza imaterial do processo de adoecer no homem (perturbação da força vital). Em nota do parágrafo 31 diz “...as doenças não são evidentemente, nem podem ser, perturbações mecânicas ou químicas da substância material do corpo físico, elas não dependem de um agente patogênico material, mas são alterações dinâmicas de natureza espiritual da vida.”

Samuel Hahnemann⁷ discorre sobre doenças agudas e crônicas, explicando que as doenças agudas são processos que afetam a força vital de forma característica, completando seu curso de modo mais ou menos rápido e, se não for intensa o suficiente para tirar a vida do indivíduo, o deixará curado. As doenças crônicas, por sua vez, se caracterizam por afetar dinamicamente o organismo vivo,

porém de forma gradual e muitas vezes imperceptível, desviando pouco a pouco o indivíduo de seu estado de saúde e contra a qual a energia vital opõe apenas uma resistência “imperfeita, inadequada e inútil” e sofrerá o alastramento da doença de forma inevitável.

As doenças agudas afetam o homem individualmente por causas excitantes como “excessos ou insuficiências alimentares, impressões físicas intensas, frio ou calor excessivo, desgastes, esforços, irritações físicas ou algo semelhante” e também podem se manifestar de forma coletiva, esporádica ou epidêmica, determinando quadros muito semelhantes por terem a mesma origem. As calamidades da guerra, inundações e fome estão entre as causas desses miasmas agudos.

As doenças crônicas são produzidas pelo contágio dinâmico por um miasma crônico (psora, sífilis ou sicoze). Nesse ponto Hahnemann⁷ enfatiza (parágrafo 74) os males crônicos produzidos pelo uso prolongado de medicamentos heroicos violentos em doses fortes e progressivas. Dessa forma a energia vital é “impiedosamente enfraquecida, sendo anormalmente afetada de modo que a fim de preservar a vida, a despeito desses ataques destrutivos, produz uma revolução no organismo, ou privando algumas de suas partes de sua irritabilidade e sensibilidade, ou exaltando as de modo excessivo, causando dilatação ou contração, relaxamento ou endurecimento, ou mesmo destruição total de certas partes, desenvolvendo alterações orgânicas falhas no interior e no exterior do organismo, a fim de preservar a vida desses ataques hostis, sempre renovados.”

Samuel Hahnemann⁷ discorre sobre os miasmas crônicos da psora, sicoze e sífilis e seus vários aspectos, caracterizando-os como diferentes formas reacionais do organismo, através de suas manifestações específicas (psora: sarna, eczema,

prurido; sicose: pólipos, verrugas, catarros crônicos; sífilis: úlceras, cancro, necroses) e explicitando a dinâmica entre esses miasmas (dinâmica miasmática).

Hahnemann critica, por exemplo, o tratamento tópico ou externo que suprimem sintomas locais, que são expressões da psora interna latente e existem para acalmar o padecimento interno, sob pena de transformar uma infecção local aguda(miasma agudo) em doença crônica manifesta ou agravada. No parágrafo 189 diz, referente a afecções que acometem as partes externas do organismo, “nenhuma doença externa pode surgir, persistir ou mesmo piorar sem alguma causa interna, sem a cooperação de todo organismo. Não pode, absolutamente, aparecer sem o consentimento de todo o resto da saúde e sem a participação de todo remanescente vivo (força vital que governa todas as outras partes sensíveis e irritáveis do organismo).” Em sua obra DOENÇAS CRÔNICAS - Sua natureza Peculiar e Sua Cura Homeopática⁸, Hahnemann, sobre esse mesmo tema diz no capítulo Psora que “...pela destruição da erupção cutânea original, que age substitutivamente à moléstia interna,... a Psora é colocada em posição anti-natural de dominar apenas unilateralmente as partes internas mais delicadas do organismo todo e, deste modo, compelida a desenvolver seus sintomas secundários.”

Samuel Hahnemann⁸ descreve, dessa forma, como o uso de medicamentos “heróicos e violentos” e inadequados, ou a supressão de doenças parciais, com a erradicação de sintomas locais, podem afetar a dinâmica miasmática, acarretando o despertar da psora latente interna, levando a manifestações de sintomas secundários ou mesmo agravamento de uma doença crônica já existente. Esses fatores que realçamos aqui são exemplos de um pensamento bem mais amplo.

Evidentemente a teoria dos miasmas desenvolvida por Hahnemann envolve muitos outros aspectos e mais profundos. No mesmo capítulo sobre a Psora da obra

Doenças Crônicas⁸ ele diz que “A mais frequente excitação da Psora adormecida até tornar-se uma doença crônica e a mais frequente agravação dos transtornos crônicos já existentes são de longe as causadas pelo pesar e pelas contrariedades.”

E afirma que o pesar e contrariedades (um casamento infeliz, uma mente culpada, exposição ao desprezo e pobreza) despertam ou agravam os sintomas da Psora mais freqüentemente que todas as demais influências prejudiciais que operam no organismo humano, na vida humana médica. Hahnemann, de forma interessante, antes de apontar o pesar e as contrariedades como a mais frequente causa de despertar e agravamento de sintomas no capítulo sobre Psora, faz uma extensa lista de recomendações a serem adotadas pelo prático homeopata na orientação de seus pacientes, a fim de tornar a cura possível. Essas recomendações dizem respeito á dieta e ao modo de vida. Sob este tema aborda variadas recomendações como por exemplo: adaptações ao modo de trabalho, atividade física, tabaco, diversões inocentes como uma dança moderada e decorosa, reuniões sociais onde prevaleçam a conversação, condena o jogo de cartas, as relações sexuais que venham a se provar moral e psiquicamente prejudiciais, aconselha a completa proibição da leitura de romances pornográficos e de livros supersticiosos e excitantes, faz orientações quanto a remédios caseiros, roupas íntimas e tipos de banho.

Quanto a dieta faz orientações da alimentação de acordo com a classe social, faz considerações em relação ao uso do café, vinho e cerveja, orienta quanto a quantidade de vinagre ou alimentos ácidos, tipos de carne (bovina, frango ou peixe) a serem ingeridas, de vegetais, sal. E afirma que “a moderação em todas as coisas, inclusive nas inócuas, é a principal tarefa do paciente crônico.”

James Tyler Kent⁹, homeopata norte-americano em sua obra Lições de Filosofia Homeopática se referindo a causa de doença, diz que a fisiologia moderna, à sua época, era destituída de doutrina vital em seus ensinamentos. Kent faz referência também à força vital como Hahnemann e a chama de substância simples.

Kent nos diz que o homem adocece internamente e que o que é considerado doença pela Velha Escola (alopatia) são alterações visíveis (externas) no organismo e que se tratam apenas da linguagem da natureza manifestando-se. Sem a substância simples, sem o interno tanto quanto o externo não pode haver causa e nenhuma relação entre causa e efeito. Segundo Kent⁹, antes da localização da doença em algum órgão ou sistema o paciente já estava enfermo. Um órgão não adocece por si mesmo e/ou a partir de si mesmo. Para Kent essa é uma ideia reducionista e afirma que “Se tivermos idéias materialistas sobre a doença, teremos idéias materialistas sobre os meios de cura”. Os órgãos não são o homem, o homem é anterior aos seus órgãos.

A ordem de uma enfermidade se dá, então, na visão Kentiana do homem para os órgãos e não dos órgãos para o homem. Tudo o que conhecemos pelos sentidos pertence ao homem físico. O homem sente, vê, saboreia, escuta, pensa e vive, sendo essas manifestações exteriores do pensamento e da vida. O homem deseja e compreende; um cadáver não deseja e não compreende. Assim Kent conclui que o homem é constituído pelo conjunto de vontade e entendimento. O homem é a vontade e o entendimento e o seu corpo a casa onde ele vive. O único dever do médico é, pois, colocar em ordem o interior da economia, isto é, a vontade e o entendimento conjuntamente. As alterações teciduais estão no corpo e são o resultado da doença, mas não a doença. A causa da doença é muito mais sutil que qualquer coisa que possa ser mostrada por um microscópio ou por qualquer

instrumento dos sentidos. A cura do enfermo está na restauração da vontade e do entendimento. Kent⁹ afirma que o homem consiste naquilo que pensa e naquilo que ama e nada mais existe no homem. Se estes dois grandes componentes do homem, a vontade e o entendimento, estiverem separados isso representa insanidade, desorden e morte.

4. PATOLOGIA EXPERIMENTAL

A Patologia Experimental foi descrita pelo professor Walter Edgard Maffei, eminente médico patologista brasileiro de nosso tempo (1905-1991).

O professor Maffei, no capítulo intitulado “Os Mecanismos Defensivos Humorais do Organismo” de sua obra *Os Fundamentos da Medicina*, define doença, categoricamente, como sendo “o conjunto de alterações funcionais e orgânicas, de caráter evolutivo, que se manifestam em um indivíduo atingido por um agente exterior, contra o qual o seu organismo reage.”

O professor Maffei desenvolve sua visão sobre o processo de saúde e doença no ser humano a partir desta definição, afirmando que as alterações ou sintomas são o resultado, ou a expressão da forma pela qual um organismo reage a uma agressão. Dessa forma explica o equilíbrio da saúde em termos de imunidade x alergia, subdividindo a imunidade em celular e humoral (ação de anticorpos, como também vimos anteriormente no ítem sobre princípios da imunologia).

Segundo a Patologia Experimental, quando esses mecanismos de defesa, sobretudo humorais, conseguem debelar o agente agressor no sistema retículo-endotelial (S.R.E.), presente no tecido conjuntivo espalhado por todos os órgãos, não há desenvolvimento de sintomas e o indivíduo permanece em seu estado de saúde. Porém, quando esses mecanismos não conseguem conferir imunidade, ou seja, quando a agressão não é debelada no nível do S.R.E., a interação de antígenos e anticorpos se processa nos tecidos, daí resultam manifestações variáveis, indicando modificação ou alteração da reação do organismo e esta reação alterada constitui a alergia. O termo alergia (*allos* =outra + *ergon* = energia) foi introduzido na Patologia em 1905 por um médico pediatra de Viena chamado

Clemens Von Piquet, para denominar qualquer reação alterada do organismo. O próprio Piquet postula que” a alergia representa toda a Medicina, pois qualquer moléstia ou simples sintoma representa uma reação alterada do organismo.”

A alergia, portanto, resulta da reação antígeno-anticorpo específico que se processa nos tecidos, manifestando sintomas característicos e um quadro anatomoclínico.

A imunidade consiste na reação antígeno-anticorpo específico que se processa no S.R.E. (mesênquima), sem acometimento dos tecidos, sem apresentar sintomas ou alterações anatomopatológicas.

A partir desse conceito de que a alergia corresponde a qualquer reação alterada do organismo, Maffei ressalta que essa reação alterada varia na sua intensidade, no tempo e na quantidade. Dessa forma, um primeiro contato com um antígeno pode causar pouca ou nenhuma reação, ao passo que um segundo contato com o mesmo antígeno pode provocar uma reação intensa. Maffei classifica os processos alérgicos didaticamente em: hiperergia, hipoergia, anergia, paralergia e metalergia.

“A hiperergia é uma reação intensa, violenta, indicando a luta máxima dos anticorpos contra o antígeno, com o fim de destruí-lo e localizá-lo em determinado território.” Corresponde a fase aguda de um processo inflamatório, também nos fenômenos de Koch e Arthus da fisiopatologia experimental, onde há formação de intensa congestão local, edema e posterior necrose, uma reação local a uma vacina e em toda vez que a reação do organismo é violenta, alterada para mais.

“A hipoergia é uma reação mais atenuada, não só nas suas manifestações clínicas, como também anatomopatológicas, como por exemplo, uma inflamação

crônica banal.” se essa reação for muito atenuada pode chegar a ser nula, progredindo para anergia negativa e morte.

“A anergia é a falta de reação do organismo, isto é, a falta de produção de anticorpos, podendo ser positiva ou negativa.” É positiva quando se trata de cura da doença, quando o organismo vence o antígeno, por exemplo, após uma fase hiperérgica de um processo inflamatório agudo, cessando a ação dos anticorpos no tecido e voltando a prevalecer a imunidade. A anergia negativa, por sua vez, representa a parada de produção de anticorpos pelo esgotamento das forças defensivas do organismo, não há produção de anticorpos por terem cessado as possibilidades de reação e defesa. Não há mais alergia ou imunidade e portanto piora e morte. Maffei assinala um fato interessante relacionado a anergia negativa. Quando um doente tende para a a morte e se esgotam seus mecanismos de defesa, há uma fase rápida de melhora, uma vez que não há mais produção de anticorpos e conseqüente ausência de sintomas. Contudo essa fase é de curta duração e seguida de agonia e morte. Essa fase de anergia negativa é popularmente conhecida como ‘despedida da saúde’.

O estado de saúde em que vivemos representa um equilíbrio entre imunidade e alergia, trata-se de um equilíbrio instável e que se rompe sempre em direção a alergia.

“A paralergia é o mecanismo defensivo mais importante da Patologia Humana, pois nela não existe a alergia propriamente dita. Trata-se de um choque antígeno x anticorpo inespecífico.” Segundo o professor Maffei o homem é sensibilizado inespecificamente durante a vida, desde a vida intrauterina, as banais infecções de garganta, moléstias eruptivas da infância, assim como também as vacinas. Esses estímulos determinam a formação de anticorpos que permanecem

circulantes. Um antígeno que penetre o organismo, entra em contato com anticorpos de outras origens, que foram produzidos pelo estímulo de outros antígenos, gerando manifestações de gravidade variável. A alergia se dá pelo choque antígeno x anticorpo de forma específica. Como o indivíduo vai sendo sensibilizado por diversos antígenos durante a vida, por vezes o choque antígeno x anticorpo se dá de forma cruzada, ou seja, inespecífica. A paralergia explica, segundo a Patologia Experimental, a variabilidade dos quadros clínicos de cada moléstia de um indivíduo a outro. Também é importante na interpretação de reações sorológicas usadas em Medicina como a reação de Wassermann, Widal, Machado-Guerreiro, etc., baseadas em antígeno-anticorpo. Nesses casos elas podem ser positivas sem, no entanto, tratar-se de sífilis, febre tifóide ou doença de Chagas, respectivamente e , ao contrário, às vezes as reações são negativas e o indivíduo tem a doença que se procura detectar por essas reações.

Em outros casos, quando essa reação cruzada, de antígenos com anticorpos produzidos por outros estímulos, é induzida por uma substância química introduzida, aplicada ou formada no próprio organismo temos a metalergia. “Por conseguinte, as reações alteradas malélicas ou benéficas determinadas pelos medicamentos, as primeiras designadas em Medicina como idiosincrasia ou intolerância, são também de natureza alérgica ou, mais propriamente, metalérgica.”

A natureza dos agentes desencadeantes de uma reação alterada no organismo determina a diferença entre os termos paralergia e metalergia. Os agentes de natureza química ou física capazes de desencadear uma reação alterada no organismo constitui um alérgeno. Quando se trata de um antimicrobiano e seus produtos usa-se o termo antígeno. “Portanto, a diferença entre alérgeno e antígeno é que o primeiro é inanimado e o outro é um ser vivo ou um produto dele

derivado. Não obstante, **reação antígeno x anticorpo** é empregada indistintamente quer se trate de alérgeno ou de antígeno.”

Os mecanismos de paralergia e metalergia explicam por que são tão variáveis os quadros clínicos de uma doença, assim como também é variável a ação da terapêutica, de modo que a ação de um medicamento pode ter resultado brilhante em um caso, fracassar em outro e em um terceiro caso representar até mesmo um desastre. Em outros casos ainda o diagnóstico pode estar errado, a terapêutica também e ainda sim o resultado é ótimo. O professor Maffei afirma “a fisiopatologia das doenças, que constitui a sintomatologia clínica, depende exclusivamente do modo do organismo reagir e não da causa que a determinou, nem tampouco da lesão anatomopatológica; o mesmo se verifica em relação a ação dos medicamentos.” Esses modos variáveis do organismo reagir depende de fatores como idade, sexo, estado de nutrição, época do ano. Sendo assim “o indivíduo faz sua própria doença, assim como é também o próprio indivíduo que a cura, ou a torna crônica ou, então, determina a morte. Em outras palavras: não existe doença benigna, nem maligna, mas apenas terreno bom e terreno mau.”

Em relação a variabilidade dos quadros clínicos e anatomopatológicos e de acordo com a definição de doença da Patologia Experimental podemos citar a lei de Lewandowsky: toda vez que a reação do organismo destrói o antígeno a reação inflamatória é intensa e específica; toda vez que o antígeno está livre nos tecidos a reação é inespecífica ou mesmo inexistente.

A Patologia experimental explica justifica essa variabilidade de quadros clínicos e anatomopatológicos através do conceito de bloqueio do S.R.E.: “um indivíduo com uma moléstia não tem possibilidade de adquirir outra concomitantemente, por que a primeira já determina o bloqueio do seu S.R.E.”. Por

exemplo, se se prepara uma cobaia para anafilaxia com a dose sensibilizante de uma substância e depois introduzirmos em sua pele carvão em pó, a dose desencadeante não irá provocar anafilaxia pelo bloqueio do S.R.E. Esse bloqueio pode ser demonstrado pelo exame histológico da pele da cobaia no local onde foi introduzido o carvão. A histologia mostrará presença de histiócitos com grânulos de carvão em seu citoplasma. Essa reação (bloqueio) do S.R.E. impede o desenvolvimento da anafilaxia. Assim, “uma mulher asmática não apresenta a doença durante a gravidez, por que o S.R.E. está bloqueado no útero, atestado pela transformação decidual do tecido conjuntivo do endométrio.”

O mesmo conceito também é aplicado para explicar a ação de medicamentos. Como os medicamentos agem por mecanismo alérgico (metalérgico), seus efeitos variam de acordo com o grau de bloqueio do S.R.E. “de forma que o mesmo medicamento aplicado na mesma moléstia dá bons resultados em um caso, medíocres ou nulos em outros e em outros ainda pode determinar um desastre.” Todos esses aspectos reforçam o conceito da Patologia experimental de que as manifestações clínicas e anatomopatológicas dependem sempre do modo como o organismo reage, isto é, o terreno no qual o agente mórbido atua. Essa reação por sua vez é realizada pelo mesênquima, representado pelo S.R.E. presente no tecido conjuntivo espalhado por todos os órgãos e que realiza seu papel defensivo através dos microistiócitos, ou macrófagos, conforme já visto anteriormente no tópico sobre imunologia.

Portanto, na alergia estão representadas as patogenesias de todas as manifestações mórbidas, permitindo que se compreendam através delas os sintomas e os modos de evolução das moléstias em cada individualidade, bem como a ação das diversas terapêuticas.

5. HIPÓTESE HIGIÊNICA

Uma importante característica epidemiológica das sociedades ocidentais é a observação da tendência de aumento da incidência de doenças alérgicas como asma, rinite alérgica e dermatite atópica. A incidência dessas doenças é maior em países ocidentais industrializados. Esse aumento tem sido atribuído a fatores ambientais, demográficos e sócio-culturais e tem sido motivo de muitas pesquisas e introduz novos elementos na discussão sobre etiologia.

Uma teoria proposta para explicar o aumento da prevalência de doenças alérgicas é que elas resultariam da diminuição da prevalência das infecções agudas típicas da infância. Embora essa teoria remeta a uma percepção já presente no meio científico desde os anos 50¹¹, foi Strachan¹² quem primeiro buscou explicar o fato de que indivíduos que passaram por doenças agudas em fases precoces da vida, mesmo com predisposição genética para desenvolver atopias, não as desenvolvem no decorrer da vida. Essa teoria é a assim chamada hipótese higiênica. Strachan¹² propõe que esta teoria pode explicar o fato, já anteriormente observado, que as doenças agudas apresentam uma resposta imune dominada por linfócitos T *helper* do tipo 1 (Th1) e as doenças alérgicas por sua vez apresentam uma resposta dominada por linfócitos T *helper* do tipo 2 (Th2). O balanço existente entre as subpopulações linfócitos Th1/Th2 no padrão de resposta imune se traduz clinicamente pelo predomínio de doenças agudas (padrão Th1) ou doenças alérgicas crônicas (padrão Th2). E esses padrões de resposta imune seriam antagônicos.

A hipótese higiênica, portanto, postula que o aumento da prevalência das doenças alérgicas se dá pela privação das doenças agudas da infância, atribuindo

esse fato a mudança no estilo de vida ocidental como melhores condições de higiene e moradia, menor número de integrantes na família, vacinações e uso de antibióticos que por sua vez são decorrentes do processo de desenvolvimento das sociedades ocidentais e responsáveis por essa mudança epidemiológica. Muitos estudos epidemiológicos encontraram menor incidência de doenças alérgicas em pessoas vivendo em regiões em desenvolvimento.

Um estudo importante que demonstra essa relação e um dos mais citados na literatura, mostra os resultados de uma investigação feita na Alemanha logo após sua unificação, de 1991 a 1992. a prevalência de asma e outras doenças atópicas foi significativamente maior entre as crianças da Alemanha ocidental (mais desenvolvida), quando comparadas com aquelas da Alemanha do leste, a despeito de sua base genética em comum¹³.

Considerando esses fatos, Alm¹⁴ et al encontraram uma prevalência significativamente menor de doenças alérgicas em crianças de escolas antroposóficas na Suécia. Independentemente do nível econômico dos seus seguidores, a antroposofia estimula um estilo de vida que restringe o uso de drogas (antibióticos, antitérmicos, vacinas) e alimentos industrializados. Os alimentos são orgânicos e produzidos localmente, com consumo de vegetais fermentados e lactobacilos. Esse estudo sugere todos esses fatores e um número relativamente menor de vacinação contra sarampo estão relacionados aos achados.

Matricardi¹⁵ et al discordam que a redução da cobertura vacinal seja um fator de proteção contra alergias. Eles argumentam que provavelmente há menos atopias entre crianças e famílias com estilo de vida antroposófico por que eles axibem uma estimulação microbiana diferenciada.

A hipótese higiênica carece ainda de explicações específicas consistentes. Apesar de suas evidências genéricas serem importantes, a especificação de quais exposições podem influenciar o padrão epidemiológico das alergias é o grande desafio¹².

Martinez¹⁶ enfatiza que a relação inversa entre vacinação contra o sarampo e doença alérgica é controversa e propõe que um dos achados mais consistentes na literatura é que o ambiente rural favorece o desenvolvimento das crianças de forma significativa e protege contra o desenvolvimento de atopias. A baixa prevalência de doenças alérgicas em indivíduos que cresceram no meio rural é atribuído a maior variedade de exposição a microorganismos e a produtos bacterianos como os lipopolissacarídeos. (Hertzen)

A questão das endotoxinas (lipopolissacarídeos que formam a camada externa da membrana celular de todas as bactérias gram-negativas) ganha destaque importante na discussão sobre a prevalência de doenças alérgicas na infância. A diminuição da estimulação antigênica por esses agentes infecciosos estaria relacionada ao aumento de doenças atópicas. Bach¹¹ aponta que a frequência de infecções intestinais caiu em países desenvolvidos comparada a países em desenvolvimento e que a colonização intestinal por bactérias gram-negativas ocorre mais tarde em crianças de países desenvolvidos do que em crianças de países em desenvolvimento.

Os níveis de endotoxina variam grandemente, mas os maiores níveis são encontrados em ambientes onde há criação de animais como gado, cavalos e porcos, por que a flora fecal de grandes mamíferos é a maior fonte de endotoxinas. Porém pode ser encontrada também no pó das casas e na poeira do ar.

Em seu editorial intitulado “Eat dirt”, algo como “Comer poeira”, Weiss¹⁷ propõe a seguinte pergunta: “Como a endotoxina diminui as doenças mediadas por linfócitos Th2, como as alergias e a asma?”. Em sua forma suspensa no ar a endotoxina pode ser inalada ou ingerida e funciona como um potente imunoestimulador. Em baixos níveis, funciona como um potente indutor de interleucina-12 e interferon gama que estimulam a imunidade mediada por células Th1 inibem a produção de citocinas pelas células Th2 como a interleucina-4, interleucina-5 e interleucina-13. Em doses altas as endotoxinas, contudo, podem causar pneumonite por hipersensibilidade e liberação de mediadores inflamatórios. E mesmo baixas doses estão associadas a dificuldade respiratória no primeiro ano de vida. Além da dose, se a exposição a endotoxina é protetora ou prejudicial, provavelmente depende de uma mistura complexa de fatores envolvendo tempo de exposição, aspectos ambientais e genéticos¹⁷. Em ambos modelos de estudos em animais ou em seres humanos, a exposição a endotoxina em fases precoces da vida, durante o desenvolvimento do sistema imunológico, parece ser o fator mais importante para conferir proteção contra o surgimento de doenças alérgicas¹⁸. Entretanto as evidências de como essa proteção ocorre sugerem um mecanismo etiológico complexo que ainda está longe de ser elucidado.

As teorias para explicar a associação entre diminuição de doenças infecciosas na infância e aumento de doenças alérgicas têm se baseado nos avanços em imunologia. A demonstração de que células T *helper* (Th) CD4+, e seus dois principais subtipos – Th1 e Th2, são responsáveis pela maioria das respostas imunes patogênicas, levou a investigação de fatores ambientais recentes que pudessem afetar adversamente os clones de tais células. Mais acima expusemos os fatores ambientais, como melhores condições socioeconômicas, famílias menores,

melhores condições nutricionais e menor exposição a infecções próprias da infância que, de acordo com a hipótese higiênica, desviariam o sistema imune para uma predominância de respostas do tipo Th2, com liberação de citocinas próprias dessa resposta e que aumentariam a predisposição para doenças alérgicas. As doenças autoimunes, por sua vez, apresentam um padrão de resposta imune predominantemente do tipo Th1. E doenças como diabetes tipo I, doenças autoimunes da tireoide também têm aumentado sua incidência em crianças. E o desenvolvimento de muitas dessas doenças autoimunes tem sido atribuído aos mesmos fatores ambientais e nutricionais que levam ao aumento das doenças alérgicas, com padrão Th2. Dessa forma, o antagonismo entre respostas Th1 e Th2 é questionado em alguns estudos^{19, 11, 20} uma vez que os mesmos fatores levam ao aumento de incidência tanto das doenças alérgicas como das doenças autoimunes.

Braun-Fahrländer¹⁸ propõem dois mecanismos pelos quais a diminuição de infecções agudas da infância estaria relacionada ao aumento de doenças autoimunes e doenças alérgicas. O primeiro mecanismo é que a diminuição da estimulação antigênica resulta numa diminuição dos níveis de citocinas regulatórias, especialmente interleucina-10 e possivelmente o fator transformador de crescimento β (TGF- β). No entanto, células T CD 25+ e outras células T reguladoras também produzem essas citocinas e agem para regular tanto as respostas imunes mediadas por células Th1 quanto as mediadas por Th2. Ainda não é claro como essas interleucinas afetam a diferenciação e regulação de células T para gerar uma resposta imune Th1 e Th2 equilibrada, robusta e normal nas crianças em crescimento. O segundo mecanismo proposto pelos autores é que a estimulação do sistema imune inato pelas endotoxinas pode ser importante para a ontogenia do sistema imune normal.

Simpson¹⁹ et al, refletindo sobre esse paradoxo, propõe que a mudança nos fatores ambientais contribuíram para o aumento da suscetibilidade a doenças imuno-mediadas, não pela polarização de resposta Th1 ou Th2, mas permitindo que ocorram respostas de ambos os tipos contra antígenos benignos que de outro modo passariam despercebidos. As repostas Th1 e Th2 não seriam mutuamente excludentes, mas associadas.

6. CONCEITO SAÚDE-DOENÇA

Ao estudarmos as doenças, além de analisar suas manifestações nos indivíduos e seus aspectos médico-clínicos, não podemos nos esquecer de seu caráter histórico, que é resultado do entrelaçamento de contextos social, político e econômico no qual os grupos humanos estão inseridos e que interfere no modo de adoecer e morrer nesses grupos. Essa concepção considera que o surgimento da doença também é consequência do desenvolvimento regular das atividades cotidianas, apontando para uma multicausalidade. Embora o modo como esses outros fatores afetam o processo biológico para causar doença não seja imediatamente visível, não podemos negar sua influência. A coexistência dos fatores social e biológico é inegável, porém o modo como se interligam e em que medida, é de difícil mensuração. Saúde e doença não são estados ou condições estáveis estando sujeitos a constante avaliação e mudança. Definições mais flexíveis levam em conta múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde como fatores sociais, psicológicos e biológicos¹.

Na esteira desse pensamento Brêtas & Gamba²¹ dizem que a doença não pode ser compreendida somente por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece a doença é o sofrimento, a dor, o prazer, sentimentos subjetivos expressos pelo corpo que adocece. Para Evnas & Stoddart²² a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento e com o mal, mas não lhe corresponde integralmente, uma vez que quadros clínicos semelhantes, com os mesmos parâmetros biológicos, causam manifestações distintas em pessoas diferentes. Do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção subjetiva sobre a saúde é que conta.

A história da saúde e da doença, através dos tempos, é construída por significações sobre a natureza, as funções e estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente¹.

Myers e Benson²³ pontuam que duas concepções sobre saúde e doença marcaram a trajetória da medicina. A primeira é a concepção fisiológica, iniciada por Hipócrates, que explica a origem das doenças a partir de um desequilíbrio entre forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Segundo esses autores, essa medicina centra-se no paciente como um todo e no seu ambiente, evitando ligar a doença a órgãos particulares. A segunda concepção é a ontológica, que defende que as doenças são “entidades” exteriores ao organismo que o invadem e se localizam em várias de suas partes. Essa concepção tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que classifica os processos de doença, visando a elaboração de um diagnóstico exato e identificação de quais órgão estão perturbados. Trata-se de uma concepção redutora que explica os processos de doença com base nos órgãos específicos perturbados²³.

A evolução do conceito saúde-doença certamente não se resume a essas duas concepções. Ribeiro²⁴ faz uma interessante, e bastante compreensível, revisão sobre o assunto. Esse autor refere que se podem descrever quatro grandes períodos na evolução desses conceitos ao longo da história da medicina: o período pré-cartesiano, até o século XVII; um período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico, que começou com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; a primeira revolução da saúde, com o desenvolvimento da saúde pública, que começou a se desenvolver no século XIX; e a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 1970.

6.1 Período pré-cartesiano

Nesse período a fonte inspiradora da medicina ocidental baseava-se na tradição hipocrática, um sistema de pensamento que floresceu na Grécia Antiga, cerca de 400 anos A.C. Este é um período importante, pois marca a ruptura da medicina com suas influências mágico-religiosas, influência vinda da Mesopotâmia e do Egito Antigo. Hipócrates, médico Grego, acompanhando o racionalismo e o naturalismo dos filósofos da época, foi quem deu expressão a essa revolução. Ele defendeu que as doenças não são causadas por deuses ou demônios, mas por causas naturais que obedecem a leis naturais. Propôs que os tratamentos tivessem bases racionais. Com ele a medicina afastou-se do misticismo e do endeusamento e baseou-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo.

Hipócrates considerou que o bem-estar da pessoa estava sob a influência do seu ambiente, ou seja, o ar, a água, os locais que frequentava e a alimentação. A saúde era a expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais representados pelo sangue, bile negra, bile amarela e linfa ou fleugma. Esses quatro fluídos seriam constantemente renovados pela comida ingerida e digerida. O sangue originava-se no coração, a bile amarela no fígado, a bile negra no baço e a linfa no cérebro. A doença resultaria do desequilíbrio desses quatro humores, por influências de forças exteriores. Considerava que o ambiente e estilo de vida da pessoa influenciavam seu estado de saúde.

Essas afirmações apresentam um princípio básico da medicina hipocrática: a natureza tem um papel formativo, construtivo e curativo²⁵. O corpo humano tende a curar-se a si próprio. Apenas em circunstâncias muito especiais as causas mórbidas podem sobrepor-se a essa tendência natural do organismo²⁶.

Hipócrates não se centrou apenas no paciente e no seu ambiente, mas realçou ainda a importância da relação médico-paciente e suas consequências para o bem-estar deste. A este propósito proferiu: “Alguns pacientes, mesmo cientes de que seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico.”²⁵

6.2 Desenvolvimento do modelo biomédico

Os princípios metateóricos do modelo biomédico atual baseiam-se na orientação científica do século XVII, consistindo numa visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza que surgiu quando filósofos e cientistas como Galileu, Descartes, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina.

Isaac Newton imaginou o universo a partir de um modelo mecânico. Os seus elementos são partículas materiais, objetos pequenos, sólidos e indestrutíveis que se movem no tempo e espaço. Na mecânica newtoniana, todos os acontecimentos físicos são reduzidos ao movimento dessas partículas materiais. Esse movimento é o resultado da força da gravidade, que constitui a base da mecânica clássica.

O mundo é considerado como uma máquina, como que formado por um conjunto de peças e esta concepção foi generalizada aos seres vivos²⁷, que passaram a ser estudados desarticulando suas partes (órgãos). O organismo é explicado pela soma das partes. Descartes concebeu o corpo humano como uma máquina, comparando um homem doente a um relógio avariado e um homem saudável a um relógio com bom funcionamento.

Esse modelo mecânico constitui a metateoria a partir da qual as Ciências da Natureza se fundamentaram. A Natureza é vista como algo exterior ao Homem e com uma existência objetiva e independente dele. O corpo humano foi

contextualizado como um grande engenho, cujas peças se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional.

O modelo biomédico tradicional baseia-se, em grande parte, numa visão cartesiana de mundo e considera que a doença consiste numa avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes.

Esse modelo, segundo Ribeiro²⁴, permitiu enormes avanços na teoria e na investigação médicas, reorientando sua prática. Esse avanço se deu em torno de três aspectos²⁴, quais sejam: a) o princípio de que os sistemas corporais funcionavam como um todo foi substituído pela tendência a reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente; b) simultaneamente, o indivíduo, com suas características peculiares e idiossincrásicas, deixou de ser o centro da atenção médica, substituído pelas características universais de cada doença; e c) um forte materialismo substituiu a tendência anterior de considerar significativos fatores não ambientais (morais, sociais, comportamentais).

6.3 Primeira revolução da saúde

O início da revolução industrial no fim do século XVIII teve consequências nefastas para a saúde. As grandes migrações e aglomerações das pessoas nas cidades com precária condições de higiene e habitação, causaram grande desequilíbrio ecológico e grandes epidemias como tuberculose, rubéola, sarampo, rubéola, gripe, escarlatina, varíola, entre outras.

A primeira revolução da saúde foi um ramo do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das medidas modernas de saúde pública, essenciais

para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido da época²⁸.

Segundo Ribeiro²⁹, o desenvolvimento do modelo biomédico aplicado a saúde pública se deu devido ao reconhecimento de alguns fatores, quais sejam: a) as doenças infecciosas eram difíceis ou impossíveis de se curar e uma vez instaladas seu tratamento era muito dispendioso; b) os indivíduos a contraíam no contato com o meio físico e social onde o agente patogênico está; c) as infecções ocorriam quando o hospedeiro fornecia um meio favorável. E para prevenção é necessário controlar o agente patogênico através de medidas como construção de redes de esgoto e distribuição de água potável, clorificação da água, gestão das migrações e, posteriormente, já no século XX, o uso de vacinas e antibióticos. Apesar desses importantes avanços, esse modelo ainda negligencia a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre seu estado de saúde, como, por exemplo, as avaliações subjetivas sobre os sintomas, as interpretações ou significações sobre as causas de uma determinada doença, da implementação e modificação de estilos de vida e da decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico. Essa atividade conceitual tem efeito marcante na evolução do estado de saúde³⁰

6.4 Segunda revolução da saúde

Globalmente pode-se dizer que o modelo biomédico centrou-se na doença, a primeira revolução da saúde na prevenção da doença e a segunda revolução da saúde centra-se na saúde. Seus principais aspectos são: centro na saúde e não na doença e retorno a uma perspectiva ecológica.

No século XX, ao contrário do que ocorreu na época da primeira revolução da saúde, as epidemias não mais eram causadas por um agente patogênico. A teoria do germe não mais se aplicava. No século XX surge um novo tipo de epidemia: a epidemia comportamental³¹.

Essa constatação chama a atenção dos profissionais de saúde para a importância de alterar o estilo de vida da população. Modificações de comportamento como abandono do tabagismo, cuidados com alimentação, controle do estresse, prática de atividade física regular, sono adequado passam a impactar estatisticamente os índices de mortalidade.

Os conceitos da segunda revolução da saúde foram difundidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados no documento “Meta da Saúde para Todos” com edição original de 1984.

Dois conceitos encerram implicitamente os princípios da segunda revolução da saúde: promoção da saúde e estilo de vida.

A definição de promoção de saúde que tem sido utilizada é a adotada na Carta de Ottawa, de 1986: processo de “capacitar” as pessoas para aumentarem o controle sobre a sua saúde e a melhorar. O objetivo primordial de promoção de saúde no futuro poderia ser o de facilitar a transferência de recursos importantes da saúde como: conhecimentos, técnicas e dinheiro para a comunidade.

Estilo de vida é um conceito antigo para psicologia que foi adaptado para este novo modelo de concepção da saúde. A OMS o define como “conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais” ou como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que

dependem das condições econômicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores.”

7. DISCUSSÃO

O entendimento da saúde como dispositivo social relativamente autônomo em relação a idéia de doença e suas repercussões para a vida social e práticas cotidianas em geral nos dá, em certa medida, a noção da flexibilidade do processo saúde-doença uma vez que o que é considerado normal em um indivíduo pode não ser em outro, além do mais os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, habitação, clima, tecnologia, trabalho, relações familiares e sociais) podem causar-lhe doença³².

No que se refere a causalidade, a epidemiologia investiu progressivamente em elaborações técnico-metodológicas de inferência causal. Esse desenvolvimento procurou construir modelos capazes de considerar e avaliar probabilisticamente a força, interação, diferentes períodos de latência e indução, etc., dos componentes causais de um evento (doença)³³.

Entretanto existem falhas consideráveis na nossa compreensão sobre a variabilidade de expressões de uma doença ou como alguns indivíduos resistem a agentes agressivos³. A complexidade da maioria ou de todos os elementos de uma “constelação causal” permanece desconhecida³³.

A Patologia Experimental, no sentido inverso da epidemiologia, estudando os processos de homeostasia, coloca a questão da causalidade ao falar sobre a variabilidade dos quadros clínicos de acordo com o terreno biológico. O professor Maffei¹⁰ explica, através da paralergia, a enorme variabilidade de manifestações sintomáticas de uma mesma doença em diferentes indivíduos. Relaciona as reações idiossincrásicas da individualidade humana à paralergia e à metalergia, que produzem quadros clínicos e anatômicos distintos em portadores da mesma doença:

“a fisiopatologia das doenças, que constitui a sintomatologia clínica, depende exclusivamente do modo do organismo reagir e não da causa que a determinou, nem tampouco da lesão anatomopatológica.” Esse modo de reagir do organismo depende da interação de caracteres do genótipo, da susceptibilidade e do metabolismo, que formam o chamado terreno biológico.

O conceito de bloqueio do S.R.E., introduzido pelo professor Maffei¹⁰ também explica a variabilidade de quadros clínicos e anatomopatológicos, ao postular que “um indivíduo com uma moléstia não tem possibilidade de adquirir outra concomitantemente, por que a primeira já determina o bloqueio do S.R.E.; por isso em qualquer caso, todos os sintomas verificados devem ser relacionados à mesma entidade.” Nesse ponto vale ressaltar a consonância desse conceito com a observação de Hahnemann de que “duas moléstias dessemelhantes não podem coabitar o mesmo organismo.”

A Patologia Experimental vai de encontro à concepção homeopática ao afirmar que “é o indivíduo que faz a sua doença, assim como também é o próprio indivíduo que a cura, ou a torna crônica, ou determina a morte.” E se aproxima novamente dos pensamentos de Hahnemann ao dizer que: “a lesão em si não tem maior importância, mas sim a sua natureza, isto é, sua interpretação e significação, portanto a lesão não é a doença e sim a expressão morfológica dos processos biológicos que trabalham contra a doença.” Nesse sentido Hahnemann⁷ diz que “...as doenças não são evidentemente, nem podem ser, perturbações mecânicas ou químicas da substância material do corpo físico, que elas não dependem de um agente patogênico material, mas são alterações dinâmicas de natureza espiritual da vida.” Kent⁹ diz que um órgão não adocece por si mesmo ou a partir de si mesmo, e que a enfermidade se dá do homem para os seus órgãos.

A Homeopatia se aproxima também de outros conceitos da ciência moderna. Ao falar sobre doenças crônicas, Hahnemann⁷ diz no § 74 do *Organon* que “dentre as doenças crônicas devemos incluir as produzidas artificialmente pelo uso prolongado de medicamentos heróicos violentos em doses fortes e progressivas” e no § 75 “esses estragos a saúde são, de todas as doenças crônicas, as mais deploráveis e as mais incuráveis”. Esses pensamentos encontram reflexo no conceito da hipótese higiênica que aponta que a supressão da manifestação natural de infecções agudas próprias da infância, pelo uso indiscriminado de antibióticos e vacinas, pode favorecer o surgimento de quadros alérgicos crônicos e de doenças autoimunes em idades posteriores. Essas considerações refletem um princípio da medicina hipocrática. Assim, no tratamento das doenças o médico deve respeitar um princípio fundamental e imperativo: *primum non nocere*, isto é, primeiro não fazer o mal. O corpo humano tende a curar-se a si próprio. Apenas sob circunstâncias muito especiais as causas mórbidas podem sobrepor-se a essa tendência natural de restabelecer os ritmos e equilíbrios próprios da saúde²⁶.

A análise das definições de saúde e doença e causalidade, bem como a evolução histórica desses conceitos, nos permite uma observação quando estudamos esses mesmos aspectos sob o ponto de vista homeopático. A doutrina homeopática chama a atenção para o aspecto da imaterialidade na origem (causalidade) dos males que afetam o ser humano. Conforme já exposto acima, Hahnemann⁷ diz no parágrafo 10 do *Organon* “é somente o ser imaterial, animador do organismo material no estado são e no estado mórbido (o princípio vital, força vital), que lhe dá toda sensação e estimula suas funções vitais.” E no parágrafo 12 diz “Somente a força vital morbidamente afetada que produz moléstias...”. Kent⁹ diz que a fisiologia moderna, à sua época, era destituída de doutrina vital em seus

ensinamentos. Kent faz referência também à força vital como Hahnemann e a chama de substância simples. Neste ponto a homeopatia se aproxima de conceitos filosóficos sobre imaterialidade e causalidade, como veremos a seguir.

Em nota da primeira lição da obra *Lições de Filosofia Homeopática* de James Tyler Kent⁹, encontramos uma referência ao pensamento de Swedenborg, místico do século XVIII, que teve grande influência sobre Kent. Segundo esta nota Swedenborg diz: “Há uma substância única da qual provém todas as substâncias que foram criadas. Essa substância é o sol espiritual que foi produzido pelo Senhor e no qual está o Senhor. Esta substância está em toda coisa criada, mas com uma variedade infinita segundo os usos. Substâncias puramente orgânicas da mente, suas mudanças e variações de estado são as afeições da vontade, e suas mudanças e variações de forma são os pensamentos do entendimento. Há uma única substância que é a substância em si. A substância em si é o Divino Amor. Todas as coisas foram criadas de uma substância, que é a substância em si.”

Nesta mesma linha encontramos na filosofia antiga semelhante pensamento. Ao falar de causalidade Aritóteles define quatro tipos de causa, que são: a causa formal, a causa material, a causa eficiente e a causa final e discorre sobre causalidade numa elaboradíssima concepção. E diz que todos os seres são formados por uma matéria primeira ou matéria pura.

Esta matéria primeira constitui todos os corpos e é a ausência total de forma; como tal ela é pura indeterminação, justamente por que é totalmente isenta de qualquer forma, que é o que a faria ter alguma determinação de ser tal ou qual gênero de ser. A matéria primeira é um ser apenas potencial, por não ter recebido uma forma substancial que a determine. E sendo assim também, ela não existe na

natureza, pois sua existência implicaria uma determinação advinda da forma e desse modo, não seria matéria pura.

Os cinco sentidos humanos são capazes de apreender as formas substanciais, porém a realidade da matéria pura dos corpos que jaz sob a forma substancial não pode ser apreendida diretamente pelos sentidos. Como também não pode ser detectada por instrumentos de laboratório, quaisquer que sejam, por serem estes apenas um prolongamento ou uma extensão dos sentidos do homem e, portanto, detectam apenas as formas substanciais.

Segundo Aristóteles quem poderia apreender a matéria pura seria a inteligência, porém isso não é possível de forma direta. Por estar unida a um corpo o objeto com que a inteligência trabalha em suas operações é o material fornecido pela imaginação, que é um prolongamento interno no homem do trabalho dos cinco sentidos e da imaginação a inteligência abstrai suas ideias.

O mestre espiritual Eckhart Tolle, do nosso tempo, diz que “No reino eterno que Deus habita, que também é a *nossa casa*, o começo e o fim são uma unidade, e a essência de todas as coisas que existem e existirão está eternamente presente na forma de um estado não manifesto de unidade e perfeição, totalmente além de qualquer coisa que a mente humana possa vir a imaginar ou compreender.”

Finalmente gostaríamos de ressaltar o modo como a doutrina homeopática concebida por Samuel Hahnemann no século XIX, apresenta os elementos mais importantes presentes em todas as definições de processo saúde e doença através da história. Desde aspectos apontados por Hipócrates relacionados à natureza do indivíduo e sua relação com o meio, aspectos nutricionais e psicológicos, passando por aspectos da vida em sociedade, como relações de trabalho, consumo, saneamento básico, conforme estudado pela epidemiologia. Até mesmo a

investigação científica no nível celular como a hipótese higiênica que procura explicar objetivamente o desenvolvimento de doenças crônicas baseada no comportamento variável de células do sistema imune influenciadas pelo modo de vida e hábitos de um indivíduo, chega a conclusões que conduzem a uma visão de doença já presente nos pensamentos de Hahnemann.

A ausência, ou dificuldade de se desenvolver um modelo científico formal, convencional que demonstre os resultados práticos da terapêutica homeopática talvez se dê pela consideração de aspectos imateriais na origem das enfermidades, aspectos esses de difícil mensuração em pesquisa clínica. Porém, à medida que resultados de pesquisas convencionais apontam para os mesmos conceitos elaborados por Hahnemann, a homeopatia ganha credibilidade e aumenta sua abrangência no tratamento e prevenção das enfermidades humanas.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, C. M. S. , OIVEIRA C. P.F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, Rio de Janeiro, n. 25, 2002. Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10400.19/635>>. Acesso em 24 de fev. 2014.
2. CZERESNIA, D. The hygienic hypothesis and transformations in etiological knowledge: from causal ontology to ontogenesis of the body. **Cadernos de Saude Publica**, v. 21, n.4, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400019>>. Acesso em 12 de Jan. 2014.
3. CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. 1995. 125f. Dissertação (Doutor), - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro,1995.
4. JANEWAY. **Princípios da imunidade inata e adaptativa Immunobiologia**. 7ª edição. Ed Artmed 2010.
5. JANEWAY. **Os mecanismos efetores da resposta imune adaptativa. Immunobiologia**. 7ª edição. 2010. Ed Artmed
6. JANEWAY. A linha de frente na defesa do gospedeiro. **Imunobiologia**. 7 ed. Artmed, 2010.
7. HAHNEMANN, S. **Organon da arte de curar**. Tradução da 6 ed. Alemã. 2002.
8. HAHNEMANN, S. **Doenças crônicas – sua natureza peculiar e sua cura homeopática**. Tradução da 2 ed. alemã, 1835, 2010.
9. KENT, J.T. **Lições de filosofia homeopática**. Tradução Dra Célia Regina Barollo. 2 ed. 2002.
10. MAFFEI, W.E. **Os Fundamentos da Medicina**. São Paulo, Artes Médicas, V. 2, 1978.
11. BACH, J.F. The effect of infectionson susceptibility on autoimmune and allergic disease. **N Engl J Med**, v. 347, p. 911-20, 2002.
12. STRACHAN, D. P. Hay fever, hygiene, and household size. **BMJ**, v. 299, p. 1259-60, 1989.
13. MUTIUS, E.; WEILAND, S.K.; FRITZSCH, C.; DUHME, H.; KEIL, U. Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. **Lancet**, v. 351, p. 862-6, 1998.
14. ALM, J.S.; SWARTZ J.; LILJA G.; SCHEUNIUS, A.; PERSHAGEN, G. Atopy in children with an antroposophic lifestyle. **Lancet**, v. 353, p. 1485-8, 1999.

15. MATRICARDI, P.M.; ROSMINI, F.; RAPICETTA, M.; GASBARRINI, G.; STROFFOLINI T. Atopy, hygiene and anthroposophic lifestyle. **Lancet**, v. 354, p. 430, 1999.
16. MARTINEZ, F.D. The coming-of-age of the hygiene hypothesis. **Respir Res**, v. 2, p. 129-32, 2001.
17. WEISS, S.T. Eat dirt – the hygiene hypothesis and allergic diseases. **N Engl J Med**, v. 347, p. 930-1, 2002.
18. BRAUN-FAHRLANDER, C.; RIEDLER, J.; HERZ, U. Environmental exposure to endotoxin and relation to asthma in school age children. **N Engl J Med**, v. 347, p. 689-77, 2002.
19. SIMPSON C.R.; ANDERSON, W.J.A.; HELMS, P.J.; TAYLOR M.W. Coincidence of immune-mediated diseases driven by Th1 and Th2 subsets suggests a common aetiology. A population-based study using computerized General Practice data. **Clinical and Experimental Allergy**, v. 32, p. 37-42, 2002.
20. RANCE, F.; BLIC, J.; CHEINMANN, P. Prevention of asthma and allergic diseases in children. **Arch Pediatr**, v. 10, p. 232-7, 2003.
21. BRETAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.
22. EVANS, R.G.; STODDART G.L. Producing health, consuming health care. In: Evans R.G., Barer M.L., Marmor, T. R., editors. **Why are people healthy and others not: the determinants of health of populations**. New York: Walter de Gruyter, p. 41-64, 1994.
23. MYERS, S., BENSON, H. Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. **Behavioral Medicine**, v. 18, p. 5-11, 1992.
24. RIBEIRO, J.I. Características Psicológicas Associadas à Saúde. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto. 1993.
25. NULAND, S.B. **Doctors: the Biography of Medicine**. New York: Vintage Books. 1988.
26. NOACK, H. Concepts of health and health promotion. In T.Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), **Measurement in health promotion and protection** n.22. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, p.5-28, 1987.
27. MAYER, E. **Toward a New Philosophy of Biology**. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
28. BOLANDER, V.B. **Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica** Lisboa: Lusodidacta. p.32-52, 1998
29. RIBEIRO, J.L. **Psicologia e Saúde**. Lisboa: ISPA. 1998.
30. LADERMAN, C. The ambiguity of symbols in the structure of healing. **Social Science and Medicine**, v. 24, p. 293-301, 1987.

31. McINTYRE, T.M. A psicologia da saúde: Unidade na diversidade. In T.M. MacIntyre (Ed.), **Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras** (pp.17-32). Braga: APPORT. 1994.
32. LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. Trad. E. D. Nunes. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.
33. ROTHMAN, K.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology**. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.