

Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática

Complexity of Collective Health Field: knowledge and practice multidisciplinary, interdisciplinarity, and transdisciplinarity – a paradigmatic trajectory socio-historical analysis

Madel T. Luz

Filósofa. Doutora em Ciência Política. Professora titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Líder do Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde.

Endereço: Praia do Flamengo 98, apto 1111, Flamengo, CEP 22210-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: madelluz@superig.com.br

Resumo

Este artigo trata da crescente complexidade do campo conhecido como Saúde Coletiva, em termos paradigmáticos, que é expressa na convivência atual de três paradigmas (multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade), construídos, em termos de saberes e práticas, ao longo de um período histórico de cerca de dois séculos (primeira metade do século XIX ao século XX). Essa complexidade se traduz também na profusão de disciplinas que compõem o campo, oriundas tanto das biociências, quanto de ciências da área de humanas e ambientais. A complexidade do campo evidencia-se também no seu hibridismo epistemológico, no qual coexistem normas epistemológicas de produção do conhecimento com o paradigma pragmático da eficácia e da ética, comum às medicinas preventiva e social e às políticas de saúde. Este artigo tenta também evidenciar que a evolução do campo da Saúde Coletiva no último século aponta na irreversível direção da complexidade, tanto em termos de produção do conhecimento como de intervenção de estilos de expressão das diferentes disciplinas incluídas no campo. Reduzir essa enorme complexidade a um paradigma único, seja em termos de modelos disciplinares, seja em termos de formas de expressão de sua produção, significa reduzir o campo a uma única dimensão, diminuindo-o e empobrecendo-o nos níveis analisados no trabalho.

Palavras-chave: Campo; Saúde; Multidisciplinaridade; Interdisciplinaridade; Transdisciplinaridade.

Abstract

This article deals with the increasing complexity of the field presently known as Collective Health, socially and historically constructed along two centuries (beginning of the XIXth, and all along the XXth) in terms of knowledge and practices. This complexity, evident in the multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary paradigms that coexist in the field, may be expressed at two levels: the level of its *composing disciplines*, which includes human, biological, medical and environmental disciplines, and the level of *production and expression of knowledge*, which includes the scientific paradigm and the ethical and practical paradigm of efficacy, both common to medicines (preventive and social medicine) and health policies. It also tries to demonstrate that the social and historical evolution of Collective Health as a scientific and practical field seems to indicate an irreversible change in the direction of complexity, in terms of knowledge, of intervention, and of expression of the different disciplines that are nowadays part of the field. To reduce this complexity to one single model in terms of disciplines or of styles of production of knowledge means to reduce the whole field to only one single dimension and to limit it at both mentioned levels, what is a very bad solution.

Keywords: Field; Health; Multidisciplinarity; Interdisciplinarity; Transdisciplinarity.

Introdução

A discussão sobre a especificidade paradigmática do campo da Saúde Coletiva: se é multidisciplinar, interdisciplinar ou, em versão emergente, transdisciplinar, vem sendo uma preocupação contínua da área nos últimos dez anos, ressaltando-se a título de exemplos trabalhos como os de Paim e Almeida Filho (2000, 1998), Almeida Filho (2001, 2005), Nunes (2001, 2005), Campos (2000), Ayres (2001), Luz (2000, 2001, 2003), Canesqui (2000), Castiel (2001), além de estudos pioneiros, anteriores em meia década (Nunes, 1995, Canesqui, 1997, Luz, 1997, Stotz, 1997), que revisaram o campo tanto do ponto de vista dos seus conteúdos, metodologias e saberes disciplinares, como das práticas que o compõem. Problematizaram o que pode caracterizá-lo como núcleo epistemológico, teórico e prático, distinguindo-o (mas ao mesmo tempo aproximando-o), em termos paradigmáticos, das ciências humanas, da medicina, da epidemiologia clássica, assim como do planejamento, da gestão e avaliação das políticas de saúde, institucionalizadas em programas e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa discussão adota por vezes um tom analítico conceitual, tematizando a positividade da saúde como elemento conceitual nuclear do campo (Almeida Filho, 2001; Luz 2001, 2000), por oposição à visão da teoria das doenças, hegemônica nas especialidades da medicina ou da saúde como ausência da doença, ou da mesma vista como positividade. A visão “negativa” da saúde está presente não apenas na medicina preventiva, em que é dominante, como nas ciências humanas (Almeida Filho, 2001). A discussão pode adotar também tom de revisão sócio-histórica, quando analisa a evolução dos paradigmas no campo através de suas mudanças históricas, de Saúde Pública à Medicina Social, de Medicina Social à Saúde Coletiva (Paim, e Almeida Filho, 2000; Nunes, 2000, 2005, 2006). Pode ainda adotar tom interrogativo sobre o caráter coletivo do campo, inquirindo sobre a natureza do sujeito como singularidade irreduzível ao populacional, e sobre o que se pretende com saúde coletiva, vista sob o ângulo de modelos de normatividade e intervenção em populações, grupos sociais e indivíduos (Castiel, 2001). De qualquer modo, e sob qualquer tom que adotem, as discussões têm visado a colocar em questão o que pode caracterizar, de fato e de direito, a Saúde Coletiva como campo multidisci-

plinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção).

Neste trabalho, propomo-nos a fazer uma discussão sintética do que se denomina com frequência paradigmas ou “modelos” (termo assumidamente pouco dinâmico para caracterizar as estruturas abertas atuais de pensamento científico e de intervenção política, sempre evoluindo e interagindo no tempo) multidisciplinar, interdisciplinar e, mais recentemente, transdisciplinar. Esses paradigmas ou modelos vêm coexistindo há ao menos três décadas no campo, redefinindo seus saberes disciplinares e suas lógicas de aplicação política ou de intervenção médico-social na ordem da vida coletiva. Ao mesmo tempo, procuramos estabelecer ligações possíveis entre esses “modelos” e os diferentes paradigmas, termo aqui empregado no sentido de *propostas teóricas disciplinares assumidas como parâmetros discursivos e de intervenção*, desenvolvidos ao longo da história da saúde pública dos últimos dois séculos; mencionar as práticas tecnocientíficas e políticas associadas aos distintos paradigmas presentes no campo, tipificando-as e ilustrando-as com figuras, sem, contudo, estabelecer entre elas conexões de natureza causal.

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. Em consequência, o campo lida com duas lógicas de “regime de produção de verdades”, parafraseando Foucault (1966), que devem ser claramente percebidas e diferenciadas, pois remetem à natureza híbrida (teórico/prática) da Saúde Coletiva: a) a lógica teórico epistemológica de produção de conhecimento, seja ela interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar em que se origina, e b) a lógica operativa e pragmática da eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida, no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo. Essa dupla complexidade do

campo impede, a nosso ver, que se adotem explicações teóricas monocausais neste campo, ao menos no sentido da causalidade mecânica, em grande parte ainda dominante no campo das biociências

É também esta complexidade que nos leva a adotar como *ferramenta conceitual* básica de análise a noção de *campo*, de Pierre Bourdieu (1989), para perceber a questão da coexistência multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva.

Adotando-se como guia analítico o conceito de *campo* torna-se menos difícil a compreensão da multiplicidade e da coexistência (por vezes conflituosa) dos saberes e práticas na saúde coletiva. Essa categoria nos permite ver como um domínio específico de saberes e práticas distribui hierarquicamente seus discursos e os atores/agentes que os emitem num conjunto semiestruturado em contínuo processo, em que a disputa por “espaços discursivos” gera conflitos, pois a busca do *poder simbólico* (Bourdieu, 1989) está presente nos campos das ciências e das artes. Evidentemente, essa distribuição de poder simbólico não se descola do contexto cultural e social em que se insere, isto é, das forças sociais atuantes em um momento específico da construção histórico social, bem como dos imperativos éticos de ação que cada momento coloca para a sociedade, assim como para suas instituições, saberes e práticas normativas (Bourdieu, 1989)

No caso da Saúde Coletiva, sua evolução ou *transformação*, em função de sua contínua mudança ao longo dos dois últimos séculos, de um modelo *salubrista* polidisciplinar para uma estrutura discursiva semiaberta, com inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, bem como sua complexificação em termos de práticas e formas de intervenção social que se incorporaram ao campo ao longo das últimas décadas, levam-nos a refletir sobre a irreversibilidade dessa complexidade e sua irredutibilidade a um paradigma monodisciplinar, seja ele proveniente do campo biológico, do campo das ciências humanas e sociais, das tecnologias em avanço na área das ciências aplicadas à saúde, ou do planejamento e da gestão governamental na área, isto é, da “polícia médica”, para empregar o termo clássico de Rosen (1980).

Em outras palavras: o campo da Saúde Coletiva pode ser caracterizado por sua irredutibilidade tanto

discursiva quanto prática e expressiva de sua produção a um “modelo ou paradigma único”. Coexistem, portanto, no campo, de modo integrado ou paralelo, três modelos discursivos, tanto em relação aos saberes disciplinares, como em relação às práticas de intervenção e às formas de expressão científica (artigos, livros, capítulos, projetos e programas de intervenção e avaliação).

Trata-se, desta forma de um *campo* complexamente hierarquizado de saberes e práticas e agentes, o que pode ser resumidamente ilustrado na figura abaixo:

Figura 1 - Saúde Coletiva: Campo transdisciplinar de saberes e práticas



No campo há hierarquização dos saberes e práticas mutável de acordo com as transformações internas e externas a eles (culturais, econômicas, sócio-políticas), com conseqüente modificação de posição dos agentes na hierarquia.

No que concerne aos saberes disciplinares, ou científicos, o modelo pluri ou polidisciplinar, característico da Saúde Pública clássica, originário do século XIX, incorporou progressivamente as conquistas da microbiologia, associando-as à epidemiologia, “superando” o modelo sanitarista social da primeira metade do século (Luz, 2000), e voltando-se, em termos de intervenção, para o modelo centralizado planejado de contenção e controle das doenças coletivas (*campanhismo*), em detrimento do anterior, mais centrado nas condições de vida e na determinação social do adoecimento, originário de uma “disciplina mãe” do século XIX, a epidemiologia social. As disciplinas especializadas que embasariam, a partir de então, o campo da saúde, seriam prioritariamente oriundas do subcampo denominado área básica, sobretudo pela medicina (tropical) e as biociências, mas incluiriam áreas técnicas e ambientais como a engenharia sanitária.

Os cientistas e técnicos formados nessas disciplinas trabalhariam, desde então, a partir de seus saberes específicos, construindo objetos de pesquisa e de intervenção especializados, embora voltados para o tema comum de teorização da Saúde Pública (Paim e Almeida Filho, 2000). Este modelo clássico de pesquisa em saúde pública persiste nas grandes organizações internacionais de Saúde Pública até o presente, sendo dominante em alguns momentos conjunturais de crise sanitária, e fornece a base teórica para o modelo salubrista de combate às grandes endemias e epidemias de acordo com as figuras 2 e 3 abaixo:

Figura 2 - Exemplo da pesquisa aplicado na área de saúde mental

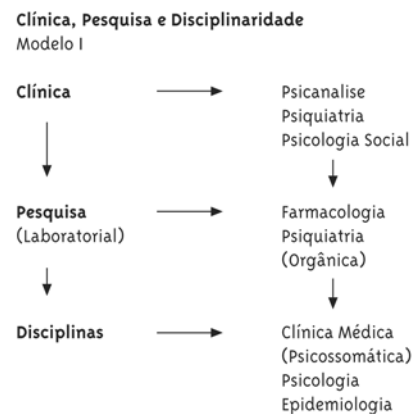
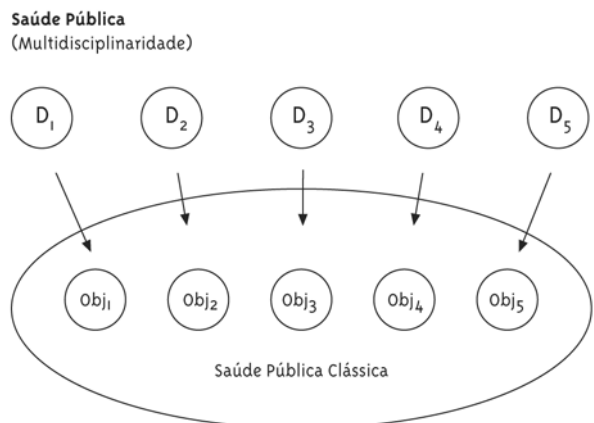


Figura 3 - Saúde Pública clássica – O paradigma da multidisciplinaridade



O objeto Saúde Pública é resultante de uma soma de “olhares” e métodos aportados pelos profissionais das diferentes disciplinas ou práticas (normativas, discursivas)

No decorrer do século XX, à medida que a *episteme* da modernidade fez eclodir, a partir do avanço tecnológico do último terço do século XIX, novas especialidades originadas de “disciplinas mães”, um conjunto de subdisciplinas especializadas emergiu no campo científico, inclusive naquelas disciplinas relativas à vida humana, sobretudo no campo médico (Luz,1988). Na segunda metade do século passado, o grande desenvolvimento desse modelo de produção de saber científico levou, paradoxalmente, à busca do que se pode definir como “sínteses parciais” no conhecimento científico, gerando um novo modo de produção discursiva no campo das ciências, que se pode denominar *interdisciplinaridade*, caracterizada pela emergência de subdisciplinas densas conceitualmente, especializadas em novos objetos, com novos métodos de investigação e novas perspectivas teóricas, fruto da intersecção de “disciplinas mães”.

No campo da Saúde Pública, esse novo modelo propiciou a existência do *paradigma da interdisciplinaridade*, no qual certas subdisciplinas, oriundas das ciências humanas e da vida, viriam a constituir novas disciplinas ou subdisciplinas, com métodos e conteúdos teóricos próprios, tendo como núcleo discursivo comum a saúde pública, com o estudo de populações específicas e sua exposição ao risco de adoecimento. A produção teórica nesse modelo supõe, entretanto, a continuidade da construção de objetos específicos pelas novas disciplinas em questão. Um deles é a epidemiologia social. O modelo ou paradigma interdisciplinar é muito atuante no campo, dando origem a numerosos estudos interdisciplinares, tematizando objetos estratégicos, em termos da vida humana, favorecendo a incorporação ao campo da Saúde Coletiva de disciplinas sociais como Antropologia, Sociologia, Geografia e História, ao longo dos últimos cinquenta anos, no sentido de apreender e interpretar a origem e persistência de doenças endêmicas ou epidêmicas em determinados grupos populacionais. Ocupa-se de suas atitudes e comportamentos, condições e estilos de vida, cultura e o papel desses aspectos sociais na determinação ou na “exposição ao risco” de doenças coletivas. Favorece os estudos ditos qualitativos, ou estilos de pesquisas em que a metodologia quantitativa se alia à qualitativa, oriunda das ciências humanas. O paradigma da doença e seu controle é, com as ca-

tegorias de risco e vulnerabilidade, dominante nesse modelo, embora a base de produção do conhecimento não esteja, como no modelo anterior, na pesquisa experimental, laboratorial, “de bancada”, mas em variados pesquisas e estudos comumente denominados “quali-quantitativos”. Isso pode ser duplamente ilustrado nas figuras que seguem:

Figura 4 - Paradigma da interdisciplinaridade – O modelo moderno de geração de subdisciplinas, típico dos saberes disciplinares

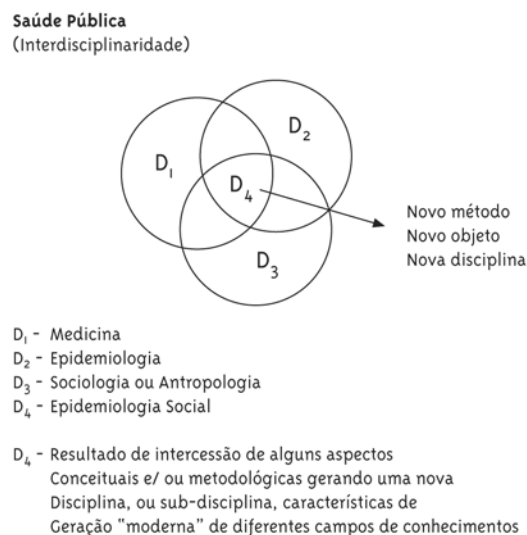
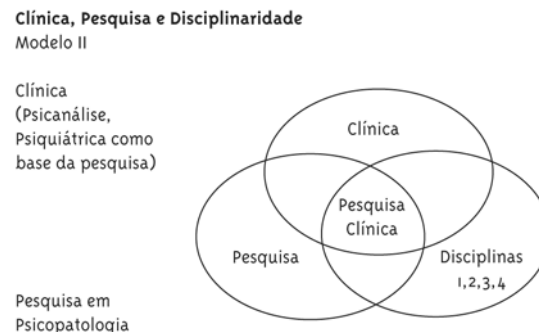


Figura 5 - Paradigma interdisciplinar da pesquisa, aplicado à clínica e à saúde coletiva (exemplo de pesquisa na área de saúde mental)



Finalmente, para concluirmos as ideias principais deste texto, no último terço do século recém findo, com a “crise de crescimento” do conhecimento científico, que tem seu momento específico no campo das ciências humanas na década de 1980, o paradigma moderno determinista, que supõe a causalidade como explicação universal de ligação entre os fenômenos e define o universo como um conjunto finito de leis a serem descobertas e descritas em linguagem formal, preferencialmente matemática (Luz, 1988), é posto em questão em várias disciplinas científicas duras, sobretudo a física, surgindo novas formas de descrição e interpretação dos fenômenos, com novos paradigmas interpretativos, como o da complexidade, e o da superação da produção do conhecimento científico apenas pela “disciplinaridade” (disciplinas especializadas produzindo conhecimento sobre objetos específicos com metodologia também específica).

Nesse novo contexto *epistêmico* (Foucault, 1966), desponta a produção discursiva comunicativa horizontalizada (não hierarquizada, em termos metodológicos e teóricos) entre os saberes disciplinares, através da proposta da transdisciplinaridade. A produção discursiva tende a ser cooperativa entre os distintos saberes, que tomam um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação (por exemplo: a violência, ou a Aids, o adoecimento em função do trabalho, a subjetividade, a sexualidade e os gêneros, as novas epidemias ou o recrudescimento de certas doenças crônicas), passando, a partir daí, a construir um objeto de pesquisa nesse processo de intercomunicação. O objeto não é construído *a priori*, como nos casos anteriores; ele se constrói *a posteriori*, ao longo do desenvolvimento do tema da pesquisa.

A diferença interessante em relação a esse “modelo” de produção de conhecimento, ou paradigma científico, é que o conhecimento assim produzido pode integrar não apenas produção gerada a partir da pesquisa experimental, como da pesquisa quantitativa (epidemiológica, demográfica), qualitativa, e das pesquisas aplicadas, como no planejamento. Pode integrar também conhecimento gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços (ou pacientes), superando assim a clivagem senso comum x ciência, típica da modernidade. Esse terceiro modelo ou paradigma é muito recente, mas está atuante e em ascensão no campo da Saúde Coletiva, considerado a

situação explosiva atual de saúde das populações e os vários “temas quentes”, cujos exemplos citados acima são apenas os mais em evidência no momento.

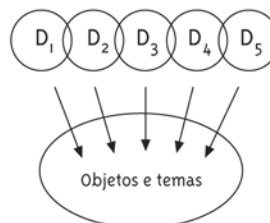
Acreditamos que num futuro próximo esse modelo poderá ganhar dominância no campo, considerada justamente a complexidade da Saúde Coletiva. Entretanto, é certo que os três modelos ou paradigmas aqui apresentados se desenvolverão coetaneamente durante muito tempo. Essa coexistência paradigmática, em que a transdisciplinaridade opera como um paradigma sintético dos anteriores, é, do nosso ponto de vista, parte fundamental da cultura contemporânea, fragmentária em nível de modelos, e multifacetária, em nível explicativo ou interpretativo: dessa cultura denominada *pós-moderna* por alguns autores.

Esta situação pode ser figurada duplamente: em termos de paradigma transdisciplinar e da prática da pesquisa. Ver ilustração dupla abaixo, figuras 6 e 7.

Figura 6 - Transdisciplinaridade na saúde coletiva – A coexistência de distintos paradigmas na prática da pesquisa

Saúde Coletiva
(Transdisciplinaridade)

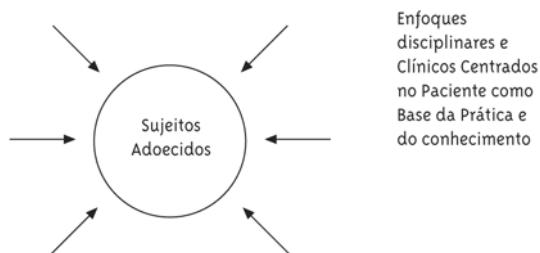
2ª caracterização



Diferentes disciplinas ou sub-áreas disciplinares tematizam um mesmo objeto em saúde: geração pós-moderna de novos campos de conhecimentos.

Figura 7 - Paradigma transdisciplinar – Exemplo aplicado à pesquisa clínica ou epidemiológica em saúde coletiva

Clínica e Pesquisa em Transdisciplinaridade
Modelo III



Voltamos, assim, ao início deste texto, quando afirmamos a necessidade de preservar a complexidade paradigmática da área, uma complexidade demonstrativa de seu avanço em termos epistemológicos, e da enorme riqueza discursiva e prática de que é portadora, como ilustra a figura 1. O campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares. Esta fertilidade provém de sua complexidade, tanto em termos discursivos, como em termos de práticas tecnológicas e de “estilos de expressão” dos produtos de seus saberes e práticas. Reduzir essa complexidade a um paradigma monodisciplinar ou a uma forma monolítica de expressão da produção (artigos, por exemplo) é negar a complexidade e decretar, a médio e longo prazos, o empobrecimento e a morte consecutiva do campo da Saúde Coletiva.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 753-70, jul./ago, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinariedade e o paradigma pós-disciplinas em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, Interdisciplinaridade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-71, 2001.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Porto: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes práticos. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.
- CANESQUI, A. M. Os novos rumos das ciências sociais e saúde. In: _____. (org.) *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. p. 11-28
- CANESQUI, A. M. (org.) *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. p. 11-28.
- CANESQUI, A. M. (org.) *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/ Fapesp, 2000.
- CANESQUI, A. M. Ciências sociais e saúde no ensino médico. In: _____. (org.) *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/ Fapesp, 2000. p. 25-46.
- CASTIEL, L. D. To be necessarily precise...or precisely necessary? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 773-776, ago. 2001.
- FOUCAULT, M. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1966.
- LUZ, M. T. A produção científica em saúde coletiva (19994-1995). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 117-41, 1997.
- LUZ, M. T. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 1-19, 2000.
- LUZ, M. T. Debate on the paper by Naomar de Almeida Filho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 779-81, jul./ago. 2001.
- LUZ, M. T. Sobre as relações entre Estado e sociedade civil: transformações no campo da Saúde a partir do referencial das Ciências Sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 24-6, 2003.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.
- NUNES, E. D. A questão da interdisciplinariedade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: CANESQUI, A. M. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 95-114.
- NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 251-64, 2000.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto, In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 295-315.
- NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas: *Physia*, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

STOTZ, E. N. A Saúde coletiva como projeto científico: teorias, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, A. M. (org.) *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 273-84.

Recebido em: 19/03/08

Reapresentado em: 31/08/2008

Aprovado em: 27/10/2008