

A TRANSDISCIPLINARIDADE ENQUANTO PRINCÍPIO E REALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE*

Sandra Maria Galheigo**

GALHEIGO, S.M. A Transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.2/3, p.49-54, mai./dez., 1999.

RESUMO: O artigo se propõe a refletir os significados da transdisciplinaridade na saúde, seja enquanto princípio de produção e articulação do conhecimento na área, seja como realidade das ações de saúde implementadas pelos vários profissionais. Partindo da introdução da interdisciplinaridade nas ações de saúde, o trabalho se propõe a discutir o espaço e os limites para a saúde se tornar um campo transdisciplinar, a partir das contribuições oferecidas pela epistemologia da complexidade de Morin, pelas reflexões do Centro de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares (CIRET) e pela abordagem multirreferencial de J. Ardoino. Finalmente, o trabalho busca refletir qual o possível impacto da transdisciplinaridade para a Terapia Ocupacional, oferecendo uma proposta para a constituição da noção de campo na área.

DESCRITORES: Terapia Ocupacional. Política de saúde, tendências.

Pensar a transdisciplinaridade na saúde nos remete a uma série de considerações acerca do seu significado, quer enquanto princípio de produção e articulação do conhecimento na área, quer como realidade das ações de saúde implementadas pelos vários profissionais. Pensar a transdisciplinaridade na saúde, portanto, requer entender seus múltiplos significados na medida em que a análise pode partir do aspecto conceitual, relativo a como se revela uma nova dinâmica de integração do conhecimento em geral. Por outro lado, a análise pode se dirigir ao cotidiano das ações de saúde, que estão imersas nas relações sociais existentes e que, portanto,

se manifestam frente às interações Estado-sociedade e coletividade-academia, assim como nos remetem aos conflitos inerentes às práticas das equipes multiprofissionais de saúde.

Se a crítica à fragmentação do conhecimento, enquanto racionalidade que impede a comunicação das idéias, inicia sua trajetória no Brasil, ainda que de forma incipiente, na academia nos anos 60/70, sua tradução e incorporação nas ações de saúde sob a forma da interdisciplinaridade se tornou possível apenas a partir de meados dos anos 80 e início dos 90. A incorporação do princípio da interdisciplinaridade nas práticas cotidianas de saúde, entretanto, não se deu a partir da

* Artigo apresentado no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, em Águas de Lindóia, SP, 28 set. a 1 out. 1999.

** Docente do Curso de Terapia Ocupacional. Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica, PUC-Campinas. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Sussex, Reino Unido.

Endereço para correspondência: Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n., 13.059-740 - Campinas, SP. e-mail: sandramg@zaz.com.br

reflexão de sua importância enquanto princípio articulador do conhecimento, seja pela academia ou pelas categorias profissionais prestadoras de assistência. Afinal, tanto uma quanto outra têm demonstrado uma dificuldade histórica em dar conta da complexidade dos problemas sociais. Podemos dizer que tal dificuldade se traduz no dito, “*as coletividades tem os problemas, as universidades os departamentos*” (OCDE, 1982, p.133)⁷, isto é, o problema de lidar com a complexidade se manifesta na Universidade a partir da forma com que organiza seus departamentos e de como estes lidam com os problemas da coletividade. Como diz MORIN (1996, p.276)⁵, “*os especialistas são excelentes para resolver os problemas que se propõem em sua especialidade com a condição de que não surjam interferências com fatores pertencentes a especialidades vizinhas e com a condição de que não se apresente nada novo nos problemas expostos*”. Segundo, tal dificuldade histórica se expressa e se consolida a partir da disputa que as categorias profissionais têm pelo mercado e pelo monopólio do exercício profissional.

A ação coletiva, portanto, teve um papel fundamental no delineamento de novas ações de saúde. Foram os movimentos sociais com suas demandas por habitação, escola, saneamento e atenção à saúde, e sua organização social e política, que vieram cobrar um novo olhar ao diagnóstico de suas necessidades e ao delineamento de novos serviços, atitude que veio a romper, pelo menos em parte, com o velho exercício do poder do especialista. Sem dúvida, inúmeros profissionais (trabalhadores sociais e da saúde) vieram a participar de forma decisiva no processo, numa postura de militância frente à necessidade de reestruturação do sistema de saúde e de proteção social. A partir desse momento particular da organização social e política do país, que culminou na criação dos conselhos de gestão de políticas, foi possível se criar uma instância supra-categorial de discussão e reorganização tanto dos serviços de proteção social como dos de saúde. A partir desse momento é que as chamadas equipes multiprofissionais abriram espaço para incorporar outros princípios no exercício de suas práticas e rumaram, ainda que fragilmente, para ações organizadas em torno de um eixo interdisciplinar.

A interdisciplinaridade, portanto, chegou às equipes de saúde no bojo da discussão dos direitos de cidadania e na busca de modelos de atenção que atendessem às demandas sociais de forma menos fragmentada.

Entretanto, é importante ressaltar que, salvo algumas exceções, jamais houve uma permanência desses projetos interdisciplinares que, foram (e continuam a ser) vulneráveis às investidas neo-liberais, que com sua ótica de mercado, são aliadas próximas do corporativismo profissional, conhecido por sua avidez na proteção de espaços de atuação à revelia das necessidades coletivas. As incursões interdisciplinares atuais, apesar de frequentes em alguns campos de atuação, não têm conseguido se constituir enquanto princípio e realidade das ações de saúde no país. Muito menos têm provocado uma ruptura nos antigos padrões de atenção, organizados a partir da especialização da formação, da manutenção do monopólio do exercício profissional e da concepção bio-médica da saúde.

Dito isso, como fica a transdisciplinaridade? A saúde é um campo potencialmente transdisciplinar? Será que alguns campos da saúde são mais potencialmente transdisciplinares que outros? Já existem projetos transdisciplinares em curso em algumas áreas? Podemos afirmar que a Terapia Ocupacional é essencialmente interdisciplinar? Ou essencialmente transdisciplinar? Qual o possível impacto da transdisciplinaridade na produção do conhecimento, no exercício da prática e na definição da identidade profissional do terapeuta ocupacional?

Tais questões nos remetem a um emaranhado de considerações conceituais, que não poderão ser aqui esgotadas, mas que valem ser ao menos delineadas. Inicialmente, o primeiro aspecto a ser mencionado é o conceitual. Sem querer entrar no meandro das considerações conceituais, como as desenvolvidas por JAPIASSU², mas apenas situar, de forma breve e simplificada, os conceitos existentes, descreveria:

- *multidisciplinaridade* - como a interação de diferentes disciplinas, cada qual trazendo sua contribuição, mas sem se preocupar com o estabelecimento de laços de cooperação que signifiquem qualquer alteração no seu corpo teórico-metodológico, embora possam vir a se beneficiar dessa cooperação;
- *pluridisciplinaridade* - como a interação de diferentes disciplinas com relação à pesquisa de um objeto de estudo de uma delas, objeto este que sairá enriquecido pela cooperação entre os diferentes conhecimentos, mas cuja finalidade permanece inscrita na disciplinaridade;
- *interdisciplinaridade* - como a interação e reciprocidade de diferentes disciplinas cujo

propósito: é restabelecer o diálogo entre elas através de intercâmbios de conteúdos e métodos, cooperação esta que pode se manifestar num grau de pura aplicação, como num grau epistemológico ou até de criação de novas disciplinas (NICOLESCU)⁶;

- *transdisciplinaridade* - inicialmente, como uma etapa adiante da interdisciplinaridade, um horizonte a ser alcançado, quando haveria a superação das fronteiras entre as disciplinas.

Com freqüência, fala-se de disciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade como princípios opostos, quando deveriam ser vistos como complementares. Como afirma o artigo 3º da Carta da Transdisciplinaridade:

“A transdisciplinaridade é complementar à aproximação disciplinar: faz emergir da confrontação das disciplinas dados novos que as articulam entre si; oferece-nos uma nova visão da natureza e da realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa” (FREITAS et al., 1994)¹.

A transdisciplinaridade, portanto, não tem um objeto próprio de estudo. O prefixo ‘trans’ *“diz respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de toda a disciplina”* (NICOLESCU)⁶. Para que haja um projeto transdisciplinar, portanto, é preciso que antes seja mudado o sistema de referência. NICOLESCU⁶ ao apresentar a metodologia da pesquisa transdisciplinar, aponta seus três pilares, a saber: *os níveis de realidade, a lógica do terceiro termo incluso e a complexidade*. Assim, para que um projeto transdisciplinar tome forma é necessário que se considere o problema em questão a partir de vários níveis de realidade possíveis e não apenas a partir de um, como usualmente acontece. Segundo, que não se espere soluções em termos de verdadeiro ou falso, mas que se use novas lógicas onde, por exemplo, a solução só possa ser *encontrada pela conciliação temporária dos contraditórios*. Terceiro, que se reconheça a complexidade do problema, isto é, que se utilize o pensamento complexo que admite a incerteza, reconhece a impossibilidade de reduzir o problema a partes simples, assim como, atribui coerência à peculiaridade deste *mundo multidimensional e multirreferencial*.

O paradigma da complexidade questiona a forma disjuntiva e redutora com que lidamos com os problemas, *“aprendemos a pensar separando... e buscamos a explicação do todo através da constituição de suas partes. Queremos eliminar o problema da complexidade”* (MORIN, 1996, p.275)⁵. Entretanto, *“a parte está no todo como o todo está na parte”*; *“cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas, de algum modo, contém o todo”*. O pensamento complexo, portanto, não pode oferecer todas as explicações, *“abrir todas as portas”*, não é completo, nem universalizante, pois sempre reconhece a possibilidade da incerteza, da imprevisibilidade. O paradigma da complexidade desafia o monopólio do conhecimento embutido na visão redutora da disciplina que acredita que possa explicar tudo, entretanto, ele não nega sua existência e sua necessidade.

Partindo dessa introdução conceitual para a questão da transdisciplinaridade na saúde, é importante lembrar que pouco tem se discutido e publicado na área acerca de seus princípios e de sua importância. A discussão, quando ocorre, tem se dirigido mais ao impacto e às resistências de sua aplicação nas ações de saúde propriamente ditas. SPINK (1992, p.23)⁸ por exemplo, assinala que a transdisciplinaridade na saúde depende da possibilidade de superação das diferenças entre as várias categorias profissionais, diferenças de ordem cognitiva e afetiva. Segundo a autora, *“do ponto de vista cognitivo a superação das diferenças implica na compreensão do modo de estruturação de outros tipos de pensamento”*, e *“do ponto de vista afetivo, a superação está na aceitação e incorporação da alteridade”*, do diferente. Segundo ela, precisaremos, portanto, enfrentar as barreiras de contato assim como o medo e a insegurança que o diferente provoca em nós.

Entretanto, a transdisciplinaridade não suscita apenas o medo à aceitação do conhecimento do outro mas a perda do espaço de atuação, da identidade e da competência profissional e, em última instância, do próprio mercado de trabalho. Com relação a este aspecto, SPINK⁸ assinala, fazendo uso das palavras de Morin, que a transdisciplinaridade não se propõe a excluir esferas de competência, *“mas de desenvolvê-las o suficiente para possibilitar a articulação com outras competências”*. Tal assertiva desfaz, pelo menos em parte, uma das confusões relativas à transdisciplinaridade na saúde, que é a de que haveria uma fusão das disciplinas, dos papéis profissionais, enfim, uma fusão

em torno de um projeto global único. Acreditar que a transdisciplinaridade seria uma macro-disciplina ou que significaria o fim da disciplina, é exatamente o contrário do que se quer com a epistemologia da complexidade, conforme expusemos acima.

Assim, a existência de um projeto transdisciplinar na saúde exige a aprendizagem e o exercício de múltiplos olhares frente a determinada problemática. Não é só o paradigma da complexidade que nos convida a uma forma de olhar diferenciada. A *abordagem multirreferencial* de J. Ardoino também o faz. Segundo MACEDO (1998, p.45)³:

Ardoino argüi que esta [a multirreferencialidade] é uma perspectiva de apreensão da realidade através da observação, da investigação, da escuta, do entendimento, da descrição, por óticas e sistemas de referência diferentes, aceitos 'como definitivamente irreduzíveis uns aos outros e traduzidos por linguagens distintas, supondo como exigência a capacidade do pesquisador de ser poliglota' e, acrescentamos, de ter uma postura aberta...

Entretanto, conforme argumenta MACEDO (1998, p.60)³, *"muito mais que uma justaposição de olhares disciplinares, (...) deve-se buscar a capacidade de falar várias 'línguas' (...) sem as confundir"*.

Se pensarmos na forma como o terapeuta ocupacional exerce seus diversos olhares e faz uso de variadas línguas, podemos afirmar que tem sido comum na sua ação a incorporação da multirreferencialidade. O mesmo se aplica à facilidade com que os terapeutas ocupacionais se inscrevem em ações interdisciplinares, assim como, possivelmente, em projetos transdisciplinares. A Terapia Ocupacional, sem dúvida, surgiu como mais um produto da fragmentação dos saberes e dos fazeres. Todavia, seguindo a mesma racionalidade que possibilitou seu surgimento, tem a constituição de seu corpo de conhecimentos se alimentado de diferentes disciplinas para a fundamentação de sua prática. Isto deve em parte explicar as tendências acima explicitadas. Resumindo, somos inclinados à inter e à transdisciplinaridade por que transitamos bem por diversos domínios, fazendo uso de uma abordagem multirreferencial na qual nos baseamos para fundamentar nossa prática.

À guisa de exemplo, temos nos inserido com relativa facilidade nos programas que exigem este tipo de olhar, vide nossa participação nos programas de Saúde Mental, de Saúde do Trabalhador, de portadores

de HIV-AIDS, de Educação e Saúde. Com facilidade temos interlocutores nessas diversas áreas, a ponto de termos praticamente deslocado todas as nossas discussões profissionais para esses nossos novos pares interdisciplinares. Participamos não apenas das especificidades da intervenção propriamente dita, como da leitura da macro-estrutura na qual ela se insere e da formulação das políticas na área.

Para os profissionais que transitam em tais ações interdisciplinares não será difícil a incorporação da metodologia transdisciplinar. Como já dito, lidamos relativamente bem com a variedade de outros tipos de pensamento assim como a aceitação do diferente. Nossa dificuldade, portanto, não se localiza na dificuldade da abertura de nossa disciplina para novos olhares, mas ao contrário, de afirmar qual o contorno da nossa "disciplina". Podemos afirmar que constituímos uma disciplina com corpo de conhecimentos, métodos e técnicas particulares?

Parece inequívoco que o terapeuta ocupacional dirige um olhar particular ao fazer, à atividade humana, às relações de trabalho, lazer e auto-cuidado. Mas em que medida ele tem delineado seu corpo teórico-metodológico? Será que tem apenas compartilhado o corpo de conhecimento, os métodos e técnicas de outras disciplinas, sem muita preocupação de definir a si próprio? Será que a interdisciplinaridade, sem dúvida fundamental no processo de produção e articulação do conhecimento, não tem nos ajudado, enganosamente, a preencher os vazios conceituais e metodológicos da profissão? Qual será o impacto da transdisciplinaridade na produção do conhecimento, no exercício da prática e na definição da identidade profissional do terapeuta ocupacional? Será que ela nos ajudará a construir uma identidade plural, conjuntiva? Ou nos fará afastar cada vez mais de nossa própria identidade?

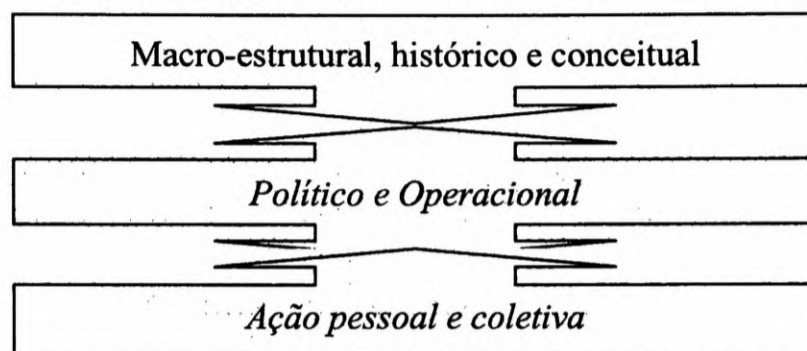
Não existem de pronto respostas a tais perguntas, já que elas resultarão de uma prática coletiva que será historicamente construída. Mas, acredito que seja hora de retomarmos as discussões acerca dos fundamentos da Terapia Ocupacional. Entretanto, não mais conduzidas pelas grandes explicações filosóficas, como já tentamos nos anos oitenta no Brasil, e nem tampouco pelas construções teórico-metodológicas generalizantes apresentadas pelos modelos de Terapia Ocupacional desenvolvidos no exterior.

Acredito que, à luz do paradigma da complexidade e da noção de multirreferencialidade, poderemos começar a discutir a Terapia Ocupacional a partir de seus

campos – *campos de estudo e prática*, isto é, de produção de conhecimento e da ação cotidiana. Conforme será explicitado abaixo, tal proposta se identifica com a re-organização da prática assistencial e a produção do conhecimento da Terapia Ocupacional nos anos noventa, e portanto, não propõe nada de original. O novo talvez seja reconhecer nessa re-organização a base para a construção de uma identidade plural para o terapeuta ocupacional.

Os campos de estudo e prática têm se constituído a partir de suas especificidades que decorrem de uma problemática e/ou demanda social. Em geral, como o diagrama abaixo exemplifica, um campo organiza-se em torno de um eixo que compreende um recorte macro-estrutural, histórico e conceitual, um domínio político-operacional e um elenco de ações dirigidas ao domínio pessoal e coletivo.

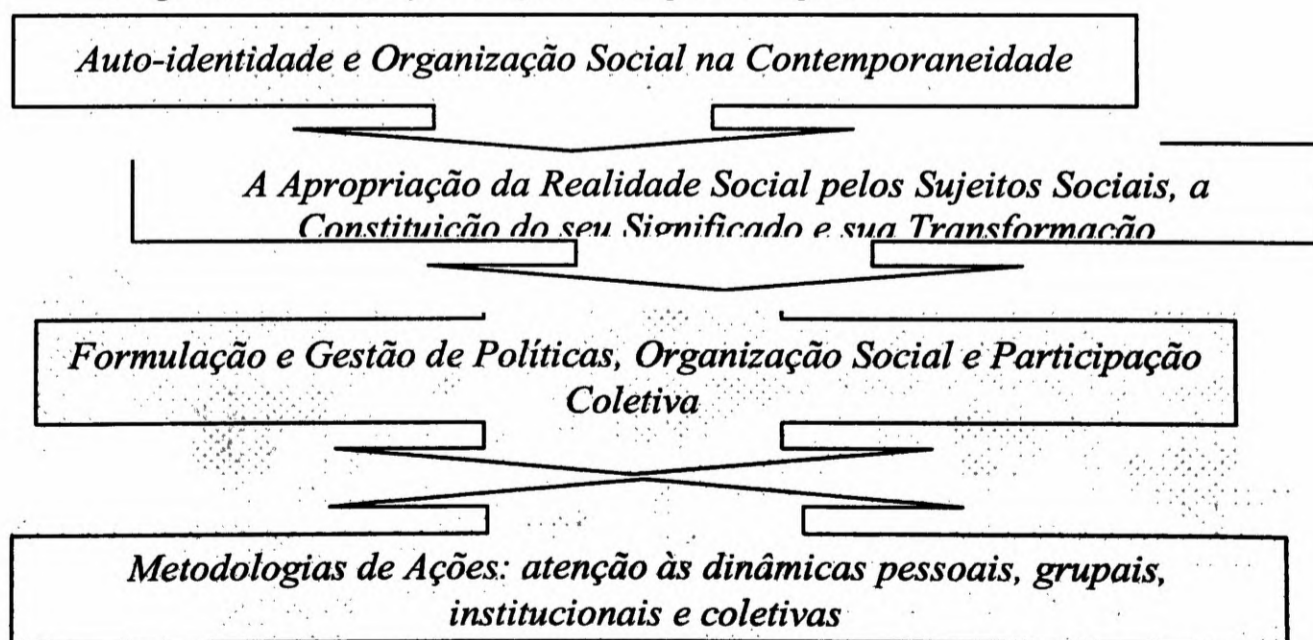
Diagrama 1 - Organização de campos de estudo e práticas



A ação do terapeuta ocupacional em cada campo se constrói a partir da leitura que realiza deste sujeito individual e coletivo, da construção de sua auto-identidade e da organização social no mundo contemporâneo e de como tais sujeitos sociais se apropriam da realidade social, e de sua transformação, assim como atribuem significado a sua

vida (vide diagrama abaixo). A ação se explicita a partir da sua inserção nas políticas de atenção e nos movimentos organizados da sociedade. A ação se concretiza através da identificação e utilização das metodologias de ações condizentes com a atenção, às dinâmicas pessoais, grupais, institucionais e coletivas.

Diagrama 2 - Construção da ação do terapeuta ocupacional



Um campo, portanto, pressupõe um recorte teórico e metodológico, uma prática assistencial dirigida a determinada população, e a constituição de um elenco de metodologias de ação. Entretanto, a idéia de campo se opõe à concepção das *T.Os. aplicadas* que partem do

pressuposto da existência de uma única Terapia Ocupacional que se aplica às várias disfunções, patologias ou clientelas. Igualmente, se opõe à idéia da construção de um modelo de Terapia Ocupacional que se diga suficiente para explicar e lidar com a condição humana em geral.

A idéia de campo pressupõe o exercício dos múltiplos olhares e linguagens já mencionados anteriormente; ela se filia à idéia de projeto e, desta forma, possibilita a incorporação da metodologia transdisciplinar na elaboração das ações assistenciais. Por conseguinte, a idéia de campo se opõe à idéia da unicidade da Terapia Ocupacional; ao contrário, pressupõe a existência de várias Terapias Ocupacionais. MÂNGIA (1998, p.11)⁴, em seu artigo "Apontamentos sobre o campo da Terapia Ocupacional", propôs que se fale em múltiplas Terapias Ocupacionais, ao partir do pressuposto que:

“essas práticas se definem menos à partir de qualquer a priori técnico, científico ou filosófico e muito mais na relação desses referenciais

com instituições, com outras corporações e seus discursos, com o mercado de trabalho, com as populações atendidas, suas necessidades e capacidade de negociação com a política assistencial”.

Na verdade, nós terapeutas ocupacionais, temos, constantemente, nos deparado com as várias Terapias Ocupacionais existentes no cotidiano, com os diferentes discursos oferecidos... Tal condição, em geral, é tida como problemática, como consequência da fragilidade de nossa identidade profissional. Se mudarmos nosso sistema de referências, e passarmos a perceber tal condição como uma realidade vantajosa, na medida em que admite a complexidade e recusa as explicações universais, poderemos viver com menos receio e mais plenitude os desafios que o mundo contemporâneo vem nos trazer.

GALHEIGO, S.M. Transdisciplinarity as a principle and reality of health practices. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.2/3, p.49-54, mai./dez., 1999.

ABSTRACT: This paper proposes to think about the meanings of transdisciplinarity, either as a principle of production and articulation of knowledge or as reality of health practices undertaken by the various professionals. Starting from the introduction of interdisciplinarity in health practice, this work intends to debate the room and limits for the health sector to turn into a transdisciplinary field, doing so from the standing point of the epistemology of complexity by E.Morin, the proposals by the International Center for Transdisciplinary Research (CIRET) and the multireference approach by J. Ardoino. At last the paper considers the liable impact of transdisciplinarity for Occupational Therapy and argues on how the notion of field may be constructed in the area.

KEY WORDS: Occupational therapy. Health policy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREITAS, N., MORIN, E., NICOLESCU, B. *Carta da transdisciplinaridade*. In: CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE, 1., 1994. <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/chartfr.htm>
2. JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro : Imago, 1976.
3. MACEDO, R. Por uma epistemologia multirreferencial e complexa nos meios educacionais. In: BARBOSA, J. *Reflexões em torno da abordagem multirreferencial*. São Carlos : UFSCar, 1998.
4. MÂNGIA, E.F. Apontamentos sobre o campo da terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.1, p.5-13, jan./abr., 1998.
5. MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D.F. *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.
6. NICOLESCU, B. *Evolução transdisciplinar da universidade*. Projeto CIRET-UNESCO, 1997. <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/locarno/locapor4.htm>
7. OCDE - ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. *L'Université et la collectivité*. Paris : OCDE, 1982.
8. SPINK, M.J.P. Saúde: um campo transdisciplinar? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.3, n.1/2, p.17-23, jan/dez., 1992.

Recebido para publicação: 18/10/1999

Aceito para publicação: 25/11/1999