

## **POSSIBILIDADES INTERDISCIPLINARES NAS PRÁTICAS DE SAÚDE: DA SEPARAÇÃO À INTEGRAÇÃO<sup>1</sup>**

### *INTERDISCIPLINARITY POSSIBILITIES IN HEALTH PRACTICES: FROM SEPARATION TO INTEGRATION*

**Teresa Cristina Duarte<sup>2</sup> e Maria Elena Pires Santos<sup>3</sup>**

#### **RESUMO**

Vive-se uma realidade no setor da Saúde em que a dissociação entre teoria e prática compromete a compreensão das complexas questões relacionadas à saúde/doença, quadro para o qual a interdisciplinaridade poderá trazer grande contribuição ao propor um conhecimento articulado que possibilite a apreensão desse tema complexo favorecendo, dessa forma, o autoconhecimento e a humanização nas práticas de saúde. Esta revisão bibliográfica objetivou discutir diferentes paradigmas em torno da saúde/doença e o rompimento das fronteiras estabelecidas entre as diferentes áreas do conhecimento, tornando possível a individualização do processo terapêutico, também favorecendo o autoconhecimento. Ao avançar no conhecimento para além das muralhas que cercam as especialidades disciplinares das modalidades terapêuticas, foi possível perceber a importância da interdisciplinaridade para que sejam ampliadas as possibilidades da utilização de variadas alternativas de intervenção com a finalidade de que, individualizando o processo terapêutico, possam ser contempladas a complexidade que envolve a saúde/doença e a complexidade das necessidades da pessoa que busca auxílio.

**Palavras-chave:** modelo biomédico, terapias holísticas, integração.

#### **ABSTRACT**

*The reality in the health sector is of dissociation between theory and practice. This situation compromises the understanding of the complex issues related to health/disease. An interdisciplinary approach may bring a great contribution by proposing an articulated knowledge that enables understanding of this complex topic in favor of self-knowledge and humanization in health practices. This literature review aimed at discussing different paradigms around health/disease and the disruption of established boundaries between different areas of knowledge. It might be possible this way to individualize the therapeutic process. Upon advancing knowledge beyond the walls surrounding the disciplinary specialties of therapeutic modalities, it is possible to realize the importance of interdisciplinarity for using more intervention alternatives in order to approach the complexity that involves the health/disease and the complexity of the needs of the person seeking assistance.*

**Keywords:** biomedical model, holistic therapies, integration.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Iniciação Científica - CAPES.

<sup>2</sup> Aluna do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Cultura e Fronteiras - Mestrado - UNIOESTE/Foz do Iguaçu. E-mail: teresa2duarte@hotmail.com

<sup>3</sup> Professora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Cultura e Fronteiras - Mestrado - UNIOESTE/Foz do Iguaçu. E-mail: mel.pires@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Desde que a interdisciplinaridade foi anunciada na Europa em 1960, como uma forma prática de tratar das questões complexas do ser humano que se configuram no cotidiano (TRINDADE, 2008), surgem discussões acerca do tema, evidenciando a dificuldade de aplicação deste formato nas ciências, porque uma perspectiva interdisciplinar ultrapassa a racionalidade disciplinar para fazer sentido na subjetividade humana, movimento contrário à objetividade científica que se tem sustentado até os dias atuais.

Seguindo essa perspectiva interdisciplinar, a discussão sobre a visão holística na saúde tem aparecido como um tema já teoricamente bastante debatido, embora pouco ou quase nada da sua aplicação tenha se configurado na prática, talvez porque, para que isso aconteça, seja necessário que as teorias ganhem vida no cotidiano por meio de atitudes autoconscientes dos que dominam o conhecimento acerca da saúde.

O histórico da medicina ocidental está pautado em descobertas e aprimoramentos que, com a contribuição de outras ciências, alcançou patamares de tecnologia e conhecimento capazes de proporcionar, ao longo de sua trajetória, aumento da perspectiva de vida com a descoberta das vacinas, dos antibióticos, da possibilidade de transplantes de órgãos e cirurgias precisas, que contam com aparelhos de alta tecnologia para mapear e delimitar com precisão o local e o órgão afetado. Grande parte dessas conquistas se deve à forte influência do mecanicismo de Newton e à racionalidade de Descartes, método de investigação baseado na fragmentação (SOUSA SANTOS, 1988) para, a partir da análise das partes, voltar sua atenção, no caso do modelo biomédico, à doença, ao tecido degenerado, à célula alterada. A visão de corpo dessa escola, que a partir do século XIX se tornou dominante (DINIZ, 2006), o compreende como uma máquina, na qual as peças podem ser trocadas quando danificadas. Porém, esse quadro não evitou que, hoje, a medicina se encontrasse em crise e percebesse que o homem ocidental mantém uma visão limitada de sua saúde e sobre si mesmo.

Desta forma, na intenção de controlar a natureza, a lógica da episteme ocidentalista, no dizer de Lopes (2006), fez com que a busca pelo conhecimento destruísse outras formas de compreensão do mundo. Por esta razão, conhecer diferentes paradigmas em saúde possibilita tanto ao profissional quanto ao sujeito atendido compreender melhor os fatores que influenciam no processo saúde-doença e utilizar esses conhecimentos em benefício de sua prática e melhora, respectivamente, numa atitude interdisciplinar que busca “eliminar o vazio em torno de nós mesmos” e “estabelecer um diálogo entre pares”, conforme Fazenda (2008, p. 14).

Interessantes descobertas levaram ao reconhecimento de que existem meios de tratamento com efeitos positivos que o modelo biomédico não domina e sobre o qual se apresenta incapaz de dar qualquer explicação (FEYERABEND, 1989). O fato de um processo ser incompreensível não significa que não pertença a uma dimensão desconhecida da natureza, assim como fenômenos naturais

tidos como sobrenaturais, mas que foram desvendados com o progresso da ciência. Conforme Sousa Santos (1988), as descobertas realizadas por estudiosos do fim do século XIX e início do século XX deram início à crise da ciência moderna. Baseada na redução da complexidade, a forma matemática de conhecer a natureza forneceu à ciência moderna um método analítico e lógico de investigação que se preocupava em medir e quantificar o objeto de estudo, sem se ater às qualidades profundas, tomando o que não é quantificável como cientificamente irrelevante.

Conforme elucida Ribeiro (2010), na área da saúde, o movimento denominado “contracultura” que vem ocorrendo nos países europeus e americanos desde o fim de 1960 e início de 1970 houve um grande interesse em buscar terapias não convencionais que apresentassem novas práticas de alcance à saúde. A autora considera terapias não convencionais todas as práticas em saúde que não se enquadram no convencionalismo científico e que desenvolvem a capacidade da visão holística em relação ao indivíduo, utilizando elementos naturais para o tratamento, porque valorizam a capacidade do próprio organismo de reequilibrar-se para a saúde.

Embora a biomedicina tenha se tornado modelo de prática em saúde, pessoas de diversos países, etnias, culturas e classes recorrem às práticas de terapias não convencionais que sempre tiveram legitimação popular (TESSER, 2010). A busca cada vez maior se justifica por sua base holística, que considera o indivíduo como um todo, gerando críticas à especialização por esta fragmentar o complexo sistema que é o corpo humano. Assim, intensifica-se a busca pela cura através do natural, por acreditar que o próprio organismo seja capaz de retomar o equilíbrio desarmonizado pela doença (RIBEIRO, 2010), o que se aproxima dos fundamentos formulados pelo chamado “pai” da medicina convencional do ocidente, Hipócrates (460 a.C-370 a.C.).

Ao estudar práticas de atendimento à Saúde, impossível fazê-lo sem tomar como base a trajetória da medicina porque esta ciência tem norteado as práticas neste setor (MINAYO, 2004). Conhecer como a ciência que nasceu como uma arte, a “arte de curar”, pôde ter se transformado em uma prática disciplinar, especializada e mecanicista, que desviou seu interesse pelo indivíduo que sofre para se ater aos sinais e sintomas trazidos pela doença, possibilita compreender a postura da grande parte dos profissionais que trabalham na Saúde.

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo discutir a necessidade de compreensão de diferentes paradigmas em torno da saúde, em que se coloca de um lado a medicina de caráter biomédico e, de outro, as terapias de visão holísticas, incentivando-nos a buscar alternativas teóricas que permitam perceber que o conhecimento articulado possibilita a apreensão deste tema complexo. Primeiramente, será abordado o caminhar da medicina convencional, assumida atualmente como modelo biomédico; na sequência, serão apresentadas as características das terapias holísticas para, no final, discorrer sobre a questão da interdisciplinaridade como meio de apreensão do processo saúde e doença.

## SURGIMENTO DO MODELO BIOMÉDICO

Paradoxalmente, os princípios das práticas holísticas se encontram no limiar da história da medicina tradicional, desenvolvidos por Hipócrates, que compreendia o organismo humano como um todo, considerando sua personalidade. Para ele, doença não é somente uma manifestação local, mas a informação de uma desestruturação total do indivíduo. Seu método de investigação era focado no ser que se apresentava doente e não na doença (DINIZ, 2006).

As bases da medicina biomédica e das terapias não convencionais eram as mesmas: a arte de curar. Segundo Diniz (2006), o *Corpus Hippocraticum* eram tratados de medicina formados por diversos autores que, embora divergissem em muitas questões, estabeleceram postulados baseados na crença de que o homem tem a capacidade de interferir em sua própria natureza, pela convicção que tinham de que a cultura podia orientar a natureza, pois, antes da escola hipocrática, com exceção dos registros clínicos dos egípcios e da Medicina Tradicional Chinesa, a prática da medicina ocorria em torno de breves observações, ilusória magia e religiosidade repleta de misticismos.

O equilíbrio entre as forças do corpo com o ambiente, “mente sã em corpo são”, era o que Hipócrates denominava saúde, entendendo que, em detrimento de alguns casos em que causas mór-bidas sobrepunham-se ao restabelecimento natural, o corpo tende a se autocurar (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). Sob este aspecto, a doença era vista como um processo positivo.

Mais tarde, no século II, surge Galeno, que tende a focar a atenção na parte que constitui o todo, uma observação que influenciou a maioria dos médicos dos séculos XVIII ao XX. Direcionou suas investigações no conhecimento do corpo, afastando gradativamente da valorização do olhar integral do homem e sua relação com a natureza, afirmando que a doença seria uma condição somente do corpo (DINIZ, 2006). Embora esta visão tenha influenciado o desenvolvimento da tecnologia pelo conhecimento cada vez mais específico, ela também descaracterizou o adoecimento como um processo reflexivo e natural da vida, caracterizando-o como uma situação que necessita ser eliminada imediatamente através dos fármacos disponíveis. A esta forma de lidar com a saúde foi denominada: modelo biomédico.

Houve grande mudança no perfil das doenças com a Revolução Industrial, fins do século XVIII, como lembram Albuquerque e Oliveira (2002), quando a aglomeração de pessoas nas cidades desencadeou as doenças infecciosas de difícil recuperação. Neste aspecto, a atuação do modelo biomédico foi útil para criar medidas de saúde pública que pudessem controlar as epidemias, como cuidados de higiene, tratamento da água, construção de redes de esgoto, dando origem à medicina social. Um projeto de ampliação da atuação médica para o domínio do meio social (FOUCAULT, 1987).

Neste mesmo período, surgem os hospitais com formação diferente dos que eram conhecidos até o século XII, como as casas de assistência aos pobres, que passaram a ser utilizadas como local de aplicação de recursos terapêuticos (SERVALHO, 1993). A partir daí, Michel Foucault (1987) faz sua

análise sobre o surgimento da medicina moderna. Pela contribuição dos conhecimentos adquiridos através da anatomia patológica no século XIX, a doença passa a ter um espaço localizado no corpo, além de serem criados espaços institucionais da doença - os hospitais e as clínicas - locais onde foram abrigados os estudos desenvolvidos por Claude Bernard (1813-1878) sobre a fisiologia experimental e as descobertas microbiológicas de Louis Pasteur e Robert Koch (1843-1910) (SERVALHO, 1993). Ao se investir na patologia, as doenças passaram a ser regulamentadas para se estabelecer um padrão de normalidade, busca que até então não existia na prática da medicina, pois o objetivo era restaurar as qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez perdidas com a doença (FOUCAULT, 1987). O conceito de saúde passa a ser a ausência de doença, por levar em consideração somente o aspecto físico do ser humano.

A forma determinista de encarar a saúde e a doença foi discutida na obra de George Canguilhem (1904-1995), que traz a reflexão para o fato dessa representação ser relativa e situar em uma relação de consciência o organismo de cada indivíduo. É impossível haver comparações, porque cada ser é uno e não haverá compatibilidade nem mesmo entre seres de mesma conformação genética, como é o caso dos gêmeos univitelinos.

Para Foucault (1987), o domínio sobre os corpos através do conhecimento advindo da dissecação dos cadáveres e a hegemonia do discurso médico em relação à doença, com o nascimento da clínica no século XIX, descaracterizou a autonomia do indivíduo sobre o que ele sente e sua capacidade de superar a situação apresentada. Esse domínio sobre o corpo passou a ser também o domínio das representações de saúde e de doença.

Neste aspecto, embora Ginzburg (1989) reconheça os progressos alcançados pelo modelo biomédico, critica os métodos utilizados, apontando como duvidosos e indefinidos, basicamente por dois motivos:

Primeiro, não bastava catalogar todas as doenças em um quadro ordenado: em cada indivíduo a doença assumia características diferentes. Segundo, o conhecimento das doenças permanecia indireto, indiciário: o corpo vivo era, por definição, inatingível. Podia se dissecar um cadáver, mas não teria as características do vivo (GINZBURG, 1989, p. 166).

Portanto, era possível admitir que os próprios métodos utilizados pela medicina moderna eram contestáveis: “em conclusão, a impossibilidade de a medicina alcançar rigor próprio das ciências da natureza, a impossibilidade de quantificação, a não ser em funções puramente auxiliares, que deriva da presença inalienável do qualitativo, do individual” (GINZBURG, 1989, p. 166).

Nas sociedades que assumiram o modelo biomédico como padrão de atendimento à saúde, os sujeitos tornaram-se alienados do controle de sua própria saúde e subordinados à medicalização, aos médicos e aos convênios de saúde. Os aspectos subjetivos foram suprimidos a tal ponto que as pessoas passaram a incorporar soluções externamente impostas (GRAZZINELLI et al., 2005). Conforme declara Canguilhem (1986, p. 137), “aprendemos a suprimir algumas alterações orgânicas tidas como

nocivas, a febre, pressão sanguínea elevada, alterações no psiquismo”, quando, na verdade, são sinais de alterações necessários para que busquemos a cura do organismo que tem apresentado desequilíbrio. Além do efeito danoso no corpo, a cultura da medicalização tem tornado o indivíduo incapaz de analisar seu adoecer, sentindo-se incompetente em interpretar, administrar e reagir perante as adversidades, experiências e vivências. Essa maneira de lidar com a saúde, ou a falta dela, vai transferindo para demais situações da vida e gerando uma necessidade e dependência social a ponto de se procurar médico e remédio para tudo (TESSER, 2010).

## PRINCÍPIOS HOLÍSTICOS

No ocidente, mesmo que os rumos das práticas em saúde tenham tomado a direção para um modelo em detrimento de outros, sempre houve personalidades que se posicionaram contrárias à prática instituída, tal como Paracelso (1493-1541) que, diante da incompetência da medicina do século XVI em face da doença, recorreu às ideias primitivas que capacitaram o aprimoramento da medicina de sua época, indicando que a ciência de todos os tempos é enriquecida por métodos e resultados não científicos (FEYERABEND, 1989). Também

(...) acreditava que a vida era um processo químico e que a doença era um desequilíbrio na química do corpo. Ao lado de suas crenças em bruxarias e demônios, Paracelso percebeu uma química da vida nos corpos humanos muito antes de Lavoisier confirmá-la com a demonstração de que a respiração era uma forma de oxidação, na fundação da química pneumática, nos anos 1700 (SERVALHO, 1993, p. 356).

É possível perceber que os achados da ciência apresentam relação íntima com estudos heurísticos, bem como seu êxito pode se estabelecer pelo senso comum. Como observa Canguilhem (1986), grande parte do sucesso da teoria microbiana de Pasteur deve-se à crença da presença do mal como causador das enfermidades, referindo-se ao microrganismo que invade o corpo e provoca a doença. A concepção de que o impuro ameaça o organismo, seja através dos miasmas ou dos alimentos pútridos, sempre influenciou as representações de saúde e doenças desde os tempos idos (SERVALHO, 1993).

A descoberta dos agentes microbianos causadores de doenças, realizada por Louis Pasteur, foi o acontecimento marcante do século XIX. Porém, o reconhecimento de que emoções e fatores sociais são capazes de fazer com que o indivíduo adoça foi um fato importante do século XX, embora ainda haja resistência por parte dos adeptos das escolas tecnicistas da saúde em admitir o valor de métodos que englobam saberes psicossociais em suas práticas. No início, os partidários da “Escola fisiológica”, modelo biomédico, menosprezaram rudemente os influentes da psicologia (DANTAS, 1986), Sigmund Freud (1856-1939) e sua declaração do inconsciente, Jung (1875-1961) com sua elaboração do consciente coletivo. Sábios e cientistas de todas as épocas que lançaram novas descobertas não ficaram livres das calúnias e zombarias.

O mesmo ocorreu com Samuel Hahnemann (1755-1843), quando formulou seu Organon da arte de curar, que deu origem à Homeopatia. Foi perseguido por seus rivais que não aceitavam essa medicina. Este trabalho teve início quando Hahnemann, encantado com a Química, sobre a qual teve conhecimento ao traduzir livros em vários idiomas, abandonou a prática da medicina por estar descontente com os métodos terapêuticos de sua época e a falta de critérios científicos no preparo dos medicamentos. Somente após seis anos de estudos e experimentações em seu próprio organismo e de seus familiares é que publicou a lei de cura – *Similia similibus curanter*, o semelhante se cura com o semelhante (TESSER, 2010).

Esse estudioso constatou que as substâncias utilizadas como medicamento tornavam mais potentes ao serem diluídas em proporções infinitesimais e após sofrerem um processo de dinamização, por acreditar que eram “energias vitais” e, por serem energias, quanto mais desprendidas da matéria, mais livres estariam para atuar na cura. A resistência da ciência em aceitar a Homeopatia está exatamente neste ponto: como ocorre o processo de melhora do doente se a atuação do medicamento não está no conjunto orgânico? Conforme Dantas (1986, p. 92), “o que se pode afirmar, com base em evidências clínicas, é que a terapêutica homeopática é reativa, estimulando a capacidade de resposta do organismo e não coerciva como terapêutica dos contrários”, conhecida como alopatia.

Diferenciando-se também, em seus princípios, da medicina biomédica, a história da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) expressa uma filosofia muito antiga, em torno de cinco mil anos, fundamentada em práticas de meditação, movimento corporal, uso de plantas medicinais, massagem, acupuntura e moxa (espécie de acupuntura térmica). No século XX, enfraquecida pelas guerras, a China cedeu aos poderes militares, permitindo a entrada de valores ocidentais, e o modelo biomédico foi introduzido com a construção de faculdades nos moldes ocidentais. A quebra na transmissão dos conhecimentos das práticas tradicionais de tratamento da saúde exercida pelos curadores foi proibida para dar lugar ao conhecimento científico aplicado pelo médico. Com o estabelecimento do regime comunista e a carência de recursos gerada, principalmente em zonas rurais, Mao Tse Tung instituiu por decreto o ensino, pesquisa e prática da MTC (TESSER, 2010), por essa prática conseguir atingir com mais alcance a melhora dos cidadãos desprovidos de recursos necessários para serem tratados pela medicina curativista.

Tanto a Homeopatia quanto a MTC são caracterizadas pelo processo paulatino de reequilíbrio, demandando disciplina e mudança de hábitos, diferente do modelo biomédico que se preocupa com o imediatismo, rapidez nos resultados e tira a responsabilidade do indivíduo em relação a si próprio, tornando-o dependente dos profissionais e dos medicamentos. Ribeiro (2010) considera como terapias não convencionais todas as práticas em saúde que não se enquadram no convencionalismo científico e que desenvolvem a capacidade da visão holística em relação ao indivíduo, utilizando elementos naturais para o tratamento por valorizarem a capacidade do próprio organismo de reequilibrar-se para a saúde.

O surpreendente nessas práticas é que, por parecerem tão simples, provocam a incompreensão dos que estão de fora, os quais necessitam torná-la complexa (FEYERABEND, 1989). Embora seja possível detectar bons resultados nas práticas não convencionais, a resistência em aceitar explicitamente esses métodos deve-se ao fato de a ciência médica buscar comprovar cientificamente, pelos métodos das ciências naturais, uma comprovação que exige métodos próprios para a compreensão de como se processa a melhora no corpo humano. Assim sendo, tal impasse não justifica o preconceito perante tudo o que não se enquadra nos parâmetros criados pelo modelo biomédico relacionado aos princípios das ciências naturais, como já mencionado, passando-se a denominar erroneamente de “medicinas alternativas”, o que faz pressupor hierarquização entre dois princípios paradigmaticamente diferentes, em que se toma como “padrão” o modelo biomédico.

Servalho (1993) observa que o espaço imaginário, que inicialmente se revelava pelo humor divino, que punia independentemente do comportamento do indivíduo, inscreve o sentido da relação do ser e seu corpo e a aceitação da doença como um castigo ou maldição. Aponta que o surgimento de enfermidade ainda hoje é atribuído por essa percepção: “estes aspectos resistem entre crenças ainda existentes que cultuam a pureza como uma ligação rigorosa e permanente ao primitivo e um isolamento dos costumes atuais, ou mesclados na cultura geral de nosso tempo” (SERVALHO, 1993, p. 352).

Assim, com o advento da psicologia, sociologia e antropologia em fins do século XIX, foi possível compreender o homem como um ser construído das emoções, relações sociais e produto do ambiente em que vive. Os princípios holísticos da concepção de saúde auxiliam a entender a outra face do complexo humano, esquecida ou desconsiderada pela medicina moderna. Com base nos estudos desenvolvidos nestas ciências, o comportamento individual e social passou a ter relevância. O estilo de vida da população, hábitos de alimentação e de prática física, regularidade do sono, envelhecimento da população, configuração familiar, migração e imigração, a presença da tecnologia e a capacidade de intervenções sobre a doença, acesso aos serviços de saúde, poder de consumo, atuação crítica e política são alguns assuntos que passaram a fazer parte da conceituação de saúde e doença (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Com base nesses conceitos, foram definidos os fatores aceitos como determinantes para obtenção da saúde. Na Conferência de Alma Ata, ocorrida na União Soviética, em 1978, o diretor geral da Organização Mundial de Saúde declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada em sanar os problemas de dois terços da população mundial, solicitando aos governos buscar programas que simplificassem a atenção utilizando métodos tradicionais da medicina, ou seja, aqueles que tinham como base o olhar atento e integral do sujeito, antes de se tornar uma disciplina das doenças (LUZ, 2005). Já concluía Foucault que a obtenção da saúde igual para todos está longe de ser alcançada nessa engrenagem mercantilista que alimenta a desigualdade e onde o setor da indústria farmacêutica é o maior privilegiado, pois se sustenta pelo financiamento coletivo da saúde e da doença (DINIZ, 2006).

Desde que o conceito de saúde elaborado em 1948 pela OMS, “saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de completo bem-estar físico, mental e social”, até hoje, passados mais de cinquenta anos, as discussões surgidas acerca do tema revelam a dificuldade de aplicação deste formato nas ciências da saúde. Muitos ensaios vêm sendo feitos com objetivo de formular um conceito mais dinâmico que dê conta de expressar a constante construção individual e coletiva da saúde (MEC, Saúde). Com objetivo de apresentar relevância do tema espiritualidade no conceito de saúde, um grupo de pesquisadores desenvolveu o módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais para a OMS, pois desde a Assembleia Mundial da Saúde, de 1983, a dimensão não material ou espiritual vem sendo discutida amplamente (FLECK et al., 2003).

## **POSSIBILIDADE INTERDISCIPLINAR NA ARTICULAÇÃO PARADIGMÁTICA**

A metodologia que o mecanicismo cartesiano escolheu para compreender a natureza foi apenas uma das possibilidades e não a verdadeira e única, como passou a se pensar. A imposição do saber dito “científico” sufocou a beleza e a simplicidade com que a natureza se apresenta. Os instrumentos desenvolvidos para compreender a realidade do ser humano deixaram de ser neutros e passaram a impregnar os sentimentos mais instintivos do homem, como a vontade de dominação. Assim, a perspectiva fragmentada do olhar incitou a disciplina, que Foucault (1979) chama de técnica de poder. À medida que obtinham novas descobertas, apropriavam-se do conhecimento como se fosse somente seus. A disciplinarização do conhecimento tornou possível a vigilância por olhares que foram divididos hierarquicamente (FOUCAULT, 1979). Ginzburg (1989, p. 155) considera que em certas passagens do *Corpus Hippocraticum* “já no século V a.C., começara a manifestar-se a polêmica contra a incerteza da medicina”, uma realidade que não mudou muito desde a época de Hipócrates.

Quando fazemos esse retorno à construção histórica da busca do conhecimento da natureza, é possível perceber que muito foi deixado pelo caminho e as partes passaram a ser aceitas como verdade. Conforme esclarece Ginzburg (1989), Galileu enxergava o universo como um “livro aberto” e não poderia ser entendido sem que antes apreendêssemos seus caracteres, suas formas e movimentos, uma ideia que as futuras gerações legitimaram como sendo o princípio da ciência da natureza. Por isso, conclui-se que tantas manifestações pela busca do “algo mais” nas ciências deve-se ao fato de que cumprimos a etapa de conhecer as formas, a tecnologia desenvolvida foi capaz de desvendar as mais infinitesimais partículas da matéria, até compreender com a descoberta de Albert Einstein (1879-1955) e Niels Bohr (1885-1962) que matéria não é matéria, mas a confluência de energias.

Estudiosos galelianos e outros que vieram depois de Galileu tornaram-se “surdos aos sons e insensíveis aos sabores e aos odores” (GINZBURG, 1989, p. 158), percepções individuais vistas como obstáculos à aplicação deste paradigma mecanicista. Como o rigor científico foi pautado na inversão proporcional dos elementos individuais (GINZBURG, 1989), talvez essa seja a causa da dificuldade

da ciência moderna em assumir esses atributos como relevantes. Embora a análise e sistematização das práticas em saúde contribuam para controlar o charlatanismo, deve-se atentar para o fato de que a abertura às práticas holísticas não se torne mais uma vez um setor de corporativismo médico. Grande parte dos profissionais da medicina ocidental não se contenta em assumir o princípio biomédico nas suas práticas e buscam estender as regras do método científico universalmente, valendo-se de todos os meios dos quais dispõem para enquadrar sua metodologia às práticas holísticas (FEYERABEND, 1989).

A percepção que se tem desse momento pelo qual está passando a ciência, entre elas a medicina biomédica, deve ser a mesma que se teve no século XVII com o surgimento do Iluminismo e a negação da Igreja em abrir mão de seu domínio dogmático e da intolerância em admitir e respeitar a maneira de compreender o mundo específico de cada ser humano. Essa situação faz levantar um questionamento sobre como seria possível um sistema que nasceu da negação da filosofia, religião, arte e demais aspectos subjetivos e metafísicos, compreender outro sistema baseado no cosmo, no imaterial e submetê-lo a sua metodologia, aguardando resultados satisfatórios. Conforme elucida Sousa Santos (1988) a impossibilidade deriva do fato de que:

Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A ciência moderna não é a única explicação possível da realidade e não há sequer qualquer razão científica para a considerar melhor que as explicações metafísica, religiosa, astrológica, artística ou poética. (SOUSA SANTOS, 1988, p. 12-13).

O afastamento emocional do observador fez com que amadurecêssemos racionalmente, mas não emocionalmente, tal como mostra o trabalho realizado em cidade no interior do Brasil por Queiroz (1994), em que médicos da rede pública reconhecem que “80% dos casos clínicos que chegam até eles são problemas de ordem social, que são somatizados em dores não passíveis de serem tratadas via medicamento” (QUEIROZ, 1994, p. 167). Essa estimativa se aproxima dos estudos realizados na Inglaterra, trazidos pelo autor, onde 60% dos casos que surgem para os médicos extrapolam suas competências, por se tratar de questões de ordem psicológica ou social. São dados reais que ‘saltam aos olhos’, mas que são fortemente ignorados por uma atitude não condizente com a lógica. Tal como expressa Queiroz:

Não deixa de ser um paradoxo o fato dos médicos da rede pública, que consideram como extremamente importantes aspectos sociais e econômicos na origem e manifestação de doenças, não utilizarem esse mesmo parâmetro no tratamento e na cura. A não medicação, o não uso de roupas brancas e o não emprego de símbolos socialmente significativos como a exibição de aparelhos complicados tecnologicamente são aspectos dessa atitude que desconsidera o lado simbólico como parte importante na cura (QUEIROZ, 1994, p. 167).

Feyerabend (1989) afirma que a ineficácia exclusiva da razão na prática médica demonstra que não se pode acreditar ser possível encontrar um método exclusivo que servirá para todas as si-

tuações apresentadas por diferentes indivíduos, por isso, propõe a ideia do “tudo vale”, para que as investigações apresentem as respostas que aproximem o máximo possível da visão correta de mundo.

O fato de a medicina biomédica estar passando por uma crise não significa que tomemos como saída a negação da sua realidade. Da mesma forma, as terapias holísticas, como qualquer procedimento, apresentam suas limitações, já que não são indicadas em situações de emergência, por exemplo (RIBEIRO, 2010).

A interdisciplinaridade surge como instrumento que possibilita a articulação da teoria com a prática, em um processo de reflexão e ação (TRINDADE, 2008), para que os profissionais possam atuar com legítima consciência de seu papel em dar sentido ao diálogo com o outro, baseados no conhecimento acumulado. Dessa forma, podemos visualizar a aproximação das ciências naturais à humanidade, e o “sujeito que a ciência moderna lançara na diáspora do conhecimento irracional regressa investido da tarefa de fazer erguer sobre si uma nova ordem científica” (SOUSA SANTOS, 2010, p. 69). O ser humano que tem sede de conhecimento e que percorreu tão longo caminho para agora retornar na compreensão de si mesmo.

Por isso, o desafio do nosso século é integrar os saberes da saúde construídos nos diversos momentos históricos aos conhecimentos construídos em outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, na antropologia, na sociologia, na psicologia, na física, entre outras, buscando tecer com outras ciências um processo interdisciplinar, compreendido por Pombo (2008, p. 27) como a possibilidade de “abertura de cada disciplina a todas as outras, na disponibilidade de cada uma das disciplinas envolvidas se deixar cruzar e contaminar por todas as outras”, já que, ainda segundo a autora, isoladamente as disciplinas não são capazes de alcançar todas as possibilidades de análise da problemática que encontramos. Mais do que isso, essa perspectiva vem mudar os rumos de uma visão compartimentada de entender o ser humano e suas relações com a natureza. Entendê-lo e atendê-lo de forma fragmentada não atinge suas expectativas, pois todos os seres, entre eles o homem, apresentam em sua constituição uma complexidade fabulosa (MORIN, 1994).

Procurar tecer a interdisciplinaridade como método de integração dos avanços científicos e tecnológicos às necessidades reais dos indivíduos possibilita à ciência da saúde a inclusão do sentido da vida humana. Derrubar barreiras disciplinares torna-se uma proposta importante para darmos conta dos avanços de um novo ciclo.

Atualmente, a presença de outras formas de tratar o indivíduo tem mostrado que “a ideia de que a ciência pode e deve ser elaborada com obediência a regras fixas e universais é quimérica e perniciososa” (FEYERABEND, 1989, p. 449) Por outro lado, com a integração de conhecimentos adquiridos das diferentes áreas do conhecimento, abrem-se possibilidades para tornar a ciência biomédica mais flexível e menos dogmática.

Os caminhos para conhecer e mudar o mundo externo e o nosso mundo interno necessitam do mais alto grau de compreensão do ser humano, que não se limita ao saber especializado e não procura

estabelecer a verdade absoluta, mas se apresenta como conhecimento superior ao de qualquer instrução tecnocientífica porque busca o sentido moral (CASANOVA, 2006), considera a mudança uma palavra de ordem, que motiva aceitar o novo e que se faz tanto mais responsável aos outros e à sociedade quanto maior sua amplitude. A interdisciplinaridade apresenta-se com este propósito, uma concepção que “precisa ser entendida como uma atitude”, no dizer de Hilton Japiassu, primeiro pesquisador brasileiro a estudar o assunto, e não como mais uma nova disciplina que surge (ALVES, 2008), mas como uma nova consciência que reúne os aspectos objetivos, além dos subjetivos com suas contrariedades, buscando compreender o “sentido do homem no mundo” (TRINDADE, 2008).

A proposta metodológica interdisciplinar é uma pesquisa com consciência, que busca trazer o sentido das coisas e da vida (AMBROZANO, 2002). Assim como Cardoso (1998) explicita ao tratar dos valores éticos em pesquisa:

Mesmo o corpo humano, nunca é apenas um corpo-objeto (organismo) como pensava Descartes, ou seja, uma máquina, apenas um suporte do sujeito. [...] o corpo do homem é um corpo vivido, isto é, observante, expressivo, enfim, um corpo-sujeito (CARDOSO, 1998, p. 3).

Esse argumento tem sido recorrente nos artigos pesquisados na saúde, ideia que vem ganhando força conforme declaração de Margarete Axt<sup>4</sup> (2013), ao afirmar que as propostas de estudos em pesquisas interdisciplinares é hoje uma das áreas que mais crescem no Brasil, o que talvez se deva pelo fato de que surgem a cada dia pesquisadores que buscam por uma maneira mais sensível de conhecer a realidade do outro, no esforço de colocarem-se em seu lugar e, ao mesmo tempo, de darem lugar à sua voz, para que seja ouvida e respeitada. Um movimento contrário do que a ciência moderna tem sustentado durante séculos com sua rigidez “em retirar do saber a subjetividade dos sonhos, emoções, intuições”, ou seja, “em esconder a alma” (AMBROZANO, 2002, p. 35), essência dos seres humanos.

Apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, mais flexível, solidária, democrática. O mundo atual precisa de pessoas com uma formação cada vez mais polivalente para enfrentar uma sociedade na qual a palavra mudança é um dos vocábulos mais frequentes e onde o futuro tem um grau de imprevisibilidade como nunca em outra época da história da humanidade (SANTOMÉ apud TRINDADE, 2008, p. 72).

Seguindo essa perspectiva interdisciplinar, a discussão sobre a visão holística na saúde tem aparecido como um tema já teoricamente bastante debatido, embora pouco da sua aplicação tenha se configurado na prática. Talvez porque, para que isso aconteça, seja necessário que as teorias ganhem vida no cotidiano por meio de atitudes autoconscientes dos que dominam o conhecimento acerca da saúde.

---

<sup>4</sup> Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com atuação nos Programas de Pós-graduação em Educação (PPGEdu) e consultora *ad hoc* do CNPq e da CAPES, desde 1999. Participou da Comissão de Avaliação da Câmara de Ciências e Humanidades da Área Interdisciplinar da CAPES, no período 2003-2011.

A interdisciplinaridade surge como instrumento que possibilita a articulação da teoria com a prática, em um processo de reflexão e ação (TRINDADE, 2008), para que os profissionais possam atuar com legítima consciência de seu papel em dar sentido ao diálogo com o outro, baseados no conhecimento acumulado.

É preciso lembrar que a ação em saúde inicia no encontro, quando haverá troca de subjetividades culturais, que se objetivam através da linguagem e que podem se concretizar nas atitudes de ambos (FALLER, 2011). Mas como toda transformação, é necessário ter profundidade de significado, caso contrário, o processo pode não avançar do primeiro contato.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao propor uma discussão sobre os diferentes paradigmas - biomédico e terapias de visões holísticas - que sustentam as práticas em torno da saúde, na busca por alternativas que permitam um conhecimento articulado, foi possível evidenciar que as elaborações conceituais sobre saúde não significam verdades únicas, porque a produção do conhecimento é dinâmica e a percepção da realidade pelos indivíduos está permeada por fenômenos também dinâmicos e complexos.

O que a interdisciplinaridade vem trazer é uma nova forma de pensar e agir; antigos conceitos estão sendo recuperados, evidenciando que toda a tecnologia que adquirimos não é suficiente para apagar a subjetividade humana, essa potência que pode adoecer ou curar o sujeito. Sabemos que a percepção de saúde de cada um está relacionada com sua maneira de encarar a vida, que, por sua vez, se dá em contextos contraditórios, marcados por diferenças sociais, econômicas, individuais e culturais (PERNA; CHAVES, 2008). A consciência desse processo ocorre à medida que se amplia o conhecimento em torno dos diversos paradigmas da saúde.

O questionamento crítico sobre a relação entre médico e o sujeito atendido, que foi construída ao longo da história e que hoje se cristalizou a ponto de encontrar firmes resistências para a mudança necessária, se caracteriza pela impossibilidade de o sujeito controlar o saber sobre sua própria saúde devido aos poderes conferidos socioculturalmente a esse profissional (GINZBURG, 1989).

Durante o caminhar da civilização, muitas teorias foram formuladas para convencer os seres humanos a se tornarem seus partidários. A resistência da ciência a novas formas de saber parece mais um conflito de vaidade do que propriamente a certeza de estar com a razão. A exemplo de Paracelso (1493-1541), diante da incompetência da medicina do século XVI em face da doença recorreu às ideias primitivas que capacitaram o aprimoramento da medicina de sua época, indicando que a ciência de todos os tempos é enriquecida por métodos e resultados não científicos. Como Feyerabend (1989, p. 462) coloca, “afirmar que não há conhecimento fora da ciência nada mais é que outro convenientíssimo conto de fadas”.

Introduzir somente as práticas orientais, a homeopatia e demais terapias holísticas nas instituições que prestam assistência à saúde não irá resolver a problemática da falta de resultados satisfató-

rios da medicina biomédica, pois que a tendência seria um enquadramento dessas práticas ao sistema biomédico, mesmo equívoco que vem ocorrendo com o conceito de interdisciplinaridade, em que se acredita ser suficiente a junção de diferentes disciplinas para estabelecer uma prática interdisciplinar.

Avançar no conhecimento além das muralhas que cercam as especialidades médicas, das modalidades terapêuticas, conceitos de saúde ou das disciplinas, permite amplo conhecimento do ser humano, além da possibilidade de aplicar variadas alternativas de intervenção. A interdisciplinaridade torna possível a capacidade de expandir o conhecimento e individualizar o processo terapêutico, priorizando uma perspectiva verdadeiramente holística do indivíduo para decidir sobre a melhor técnica a ser utilizada. Assim, como afirma Tesser (2010, p.115) o médico “consciente dos limites de atuação de cada medicina, construirá uma proposta de tratamento que satisfaça a necessidade da pessoa que busca por auxílio”, bem como poderá assumir seus próprios limites perante a complexidade que é o ser humano, uma jornada que a ciência está recém começando.

O interesse em ampliar o conhecimento em torno do ser humano proporciona a ampliação da consciência, além de favorecer o autoconhecimento. Um aprendizado libertador e de cura do indivíduo e ao mesmo tempo do profissional da saúde, possibilitado pela relação “dialógica de se ver no outro e de se humanizar com ele” (ALMEIDA; PEREIRA, 2005, p. 73).

## AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos à CAPES pela concessão da bolsa para a realização desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; OLIVEIRA, C. **Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança**. Viseu: Millenium, 2002. Disponível em: <<http://bit.ly/1BsrbsW>>. Acesso em: 12 out. 2013.

ALMEIDA, T. M. C.; PEREIRA, O. P. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 69-79, set. 2004-fev. 2005.

ALVES, A. Interdisciplinaridade e matemática. In: FAZENDA, I. (Org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.

AMBROZANO, R. M. **Enfermagem: formação interdisciplinar do enfermeiro**. São Paulo: Arte e Ciência, 2002.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

CARDOSO, C. M. Ciência e ética: alguns aspectos. **Revista Ciência & Educação**, Bauru, v. 5, n. 1, p. 1-6, 1998.

CASANOVA, P. G. **As novas ciências e as humanidades: da academia à política**. São Paulo: Boitempo, 2006.

DANTAS, F. **O que é homeopatia?** São Paulo: Brasiliense, 1986.

DINIZ, D. S. A “**ciência das doenças**” e a “**arte de curar**”: trajetórias da medicina hipocrática. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1Argm7S>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

FALLER, J. W. **O envelhecer em diferentes etnias e as práticas de cuidado: um olhar da enfermagem**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1zHhKj4>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

FAZENDA, I. (Org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.

FEYERABEND, P. **Contra o método**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1989.

FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, Santa Maria, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GRAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

LOPES, L. P. da S. M. Linguística aplicada e vida contemporânea: problematização dos construtos que têm orientado a pesquisa. In: LOPES, L. P. da S. M. (Org.). **Por uma linguística aplicada IN-disciplinar**. São Paulo: Parábola, 2006.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORIN, E. **Epistemologia da complexidade. Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

PERNA, P. O.; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção prática da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 6, 2008.

POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. Ideação. **Rev. Educação e Letras, UNIOESTE**, Foz do Iguaçu, v. 10, n. 1, p. 9-40, 2008.

QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínia. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e Doença – um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

RIBEIRO, R. L. M. **A escolha entre terapias não convencionais e a medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes**. 2010. 171 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/17X87VD>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

SERVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul./set., 1993.

SOUSA SANTOS, B. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, maio-ago., 1988.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2010.

TESSER, C. D. **Medicinas complementares**: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura). São Paulo: UNESP, 2010.

TRINDADE, D. F. Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências. In: FAZENDA, I. (Org.).

**O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.

