

INTERDISCIPLINARIDADE: UM INSTRUMENTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL FUNDAMENTADO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARITY: AN INSTRUMENT FOR THE BUILDING OF A HEALTH CARE MODEL BASED ON HEALTH PROMOTION

*Maria José Menossi**
*Michele Mandagará Oliveira***
*Valéria Cristina Christello Coimbra****
*Pedro Fredemir Palha*****
*Maria Cecília Puntel Almeida******

RESUMO: O artigo apresenta uma discussão teórica, propondo uma reflexão acerca da trajetória histórica e conceitual da promoção de saúde e apresentando a interdisciplinaridade, seus limites e possibilidades como instrumento principal para a transformação do modelo assistencial vigente, para outro que aborde as questões da saúde de uma forma integralizadora.

Palavras-Chave: Interdisciplinaridade; modelo assistencial; promoção de saúde; saúde pública.

Abstract: This article, by means of a theoretical discussion, proposes a reflection on the historical and conceptual evolution of health promotion, and presents the interdisciplinarity, its limits and possibilities, as the main instrument for a change in the actual health care model into another one, that might approach health questions in an integral way.

Keywords: Interdisciplinarity; health care model; health promotion; public health.

INTRODUÇÃO

Um dos desafios que tem se destacado no campo da saúde é a busca de novos caminhos em que se possa repensar a saúde de uma forma ampliada, uma vez que o modelo biologicista e organicista vem se mostrando insuficiente para dar conta das questões complexas que envolvem este campo na atualidade.

Nessa perspectiva, a promoção da saúde aparece como uma estratégia de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que têm afetado as populações humanas nas últimas décadas, propondo a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados¹.

Considerando que a abordagem interdisciplinar é fundamental para o desenvolvimento desta proposta, o objetivo deste artigo^{*****} é fazer uma

reflexão acerca da interdisciplinaridade, seus limites e possibilidades como instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção em saúde.

A CONSTRUÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: NO CAMINHAR DA HISTÓRIA

A questão da promoção da saúde vem sendo construída no decorrer dos anos, seu conceito teórico e sua prática foram abordados de diversas formas e um dos primeiros autores a utilizar a expressão *promoção da saúde* foi Henri Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação¹.

Nessa concepção, saúde se promove proporcionando condições de vida descentes, cultura, formas de lazer e descanso, sendo necessário o envolvimento de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. Os médicos deveriam definir normas e fixar padrões¹.

A partir do conceito proposto por Sigerist, nota-se uma certa noção de intersetorialidade, fator este indispensável para o desenvolvimento da promoção de saúde, porém percebe-se a medicalização da saúde, devido à importância da normalização das práticas como forma viável de promover saúde.

Outros autores, como Leavell e Clark (1976), também utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural das doenças, porém a promoção da saúde apenas se dava no período da pré-patogênese durante a prevenção primária da doença, como forma de educação em saúde¹. A promoção da saúde estava ligada ao risco da doença, não aparecia nos outros níveis e não estava vinculada à oferta de melhores condições de vida, diferentemente do conceito estabelecido pela Carta de Ottawa de 1986.

Nessa perspectiva, o movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, sendo parcialmente influenciado pela Medicina Social Inglesa que se preocupava com o aumento crescente das doenças crônicas e sua relação com as condições sociais e ocupacionais da população. Essa influência foi percebida no sistema de saúde canadense, quando foi divulgado o documento *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses), elaborado por Marc Lalonde (epidemiólogo), então ministro da saúde daquele país. Este documento que passou a ser conhecido como Informe Lalonde, visava diminuir os custos crescentes com a organização da assistência médica e aumentar os investimentos na qualidade de vida da população, proporcionando assim ambientes favoráveis à saúde¹.

Esse conceito de promoção da saúde vem resgatando proposições de alguns sanitaristas do século XIX como, por exemplo, William P. Alison (pioneiro da idéia da associação entre as condições de vida e a saúde), que já afirmavam que as epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, mas eles não conceberam tais associações como promoção da saúde. Assim, Lalonde foi um marco para se pensar em condições de vida como

forma de promover saúde, apesar de ainda ter um enfoque preventivista.

Em 1978, na cidade de Alma-Ata, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que preconizou a meta de *Saúde para todos no ano 2000*. Para alcançar esse objetivo, eram necessárias estratégias e, em 1986, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”^{2:11}. A promoção da saúde, segundo Ottawa, deveria seguir as seguintes estratégias de atuação: ação intersetorial (efetivação das políticas saudáveis de saúde); acesso e informação sobre a saúde e o meio ambiente; ação comunitária, fortalecimento da cidadania, autonomia da população³ e também o *empowerment*, e a reorientação dos serviços de saúde.

Durante as décadas de 80 e 90 ainda foram realizadas outras conferências como a de Adelaide (1988), de Sundsvall (1991), do Rio de Janeiro (1992), de Bogotá (1992) e a de Jacarta (1997), todas tinham como tema a promoção da saúde em suas diversas áreas de atuação respectivamente, as políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; questões ecológicas e temas de saúde ambiental; promoção de saúde para a América Latina; e reforço da ação comunitária.

Assim, se o Informe Lalonde foi um avanço nos questionamentos das limitações da assistência médica sobre as condições da vida, a Carta de Ottawa significou um avanço conceitual da promoção da saúde⁴.

Percebe-se que o modelo biomédico tem limitações, por isso a necessidade de transformar o modelo, não negando o antigo, mas abrindo espaço para o novo. Em se tratando de promoção da saúde, essa transformação significa continuar apoiando ações preventivas e de controle de saúde e abrir espaço para as novas intervenções intersetoriais⁴.

INTERDISCIPLINARIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para a realização desta reflexão, é necessário inicialmente retomar brevemente o conceito de disciplina e o contexto histórico em que se instituiu a organização disciplinar.

A disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico que institui a divisão e especialização do trabalho, respondendo às diversidades das áreas das ciências. A instituição da organização disciplinar ocorreu no século XIX, com a formação das Universidades Modernas, desenvolvendo-se no século XX, com o impulso dado à pesquisa científica⁵.

Vale ressaltar que o modo de produção do conhecimento está inserido no modo de produção da sociedade. Assim, com o capitalismo emergente e a expansão das indústrias, observou-se uma estreita integração entre ciência e tecnologia, isto é, o saber resultante da fragmentação dos objetos simples era transformado em tecnologia para atender as demandas do modo de produção vigente⁶.

Assim, cada vez mais se valorizava a especialização com a criação de novas disciplinas científicas ou mesmo subdivisões internas nos campos disciplinares. Inclusive o trabalho era dividido em atividades parceladas, (acarretando assim o barateamento da mão-de-obra), atendendo as exigências do sistema.

A disciplinaridade, por um lado, possibilitou a circunscrição de uma área de competência, tornando tangível o conhecimento, todavia, por outro lado, ela trouxe o risco da hiperespecialização do pesquisador e *coisificação* do objeto estudado. Esse objeto é percebido como algo auto-suficiente, em que são negligenciadas as pontes e solidariedades com o universo do qual ele faz parte⁵.

Atualmente, evidencia-se a insuficiência deste modelo, sendo questionado a capacidade das disciplinas isoladas e saberes compartimentalizados de fornecerem respostas aos problemas contemporâneos relacionados a questões econômicas, sociais, culturais, setoriais, tecnológicas, organizacionais e éticas⁷.

Vários autores ressaltam a necessidade de se superar o excessivo encastelamento das disciplinas, rompendo fronteiras e instaurando formas alternativas de disciplinaridade, capazes de proporcionar múltiplos olhares aos objetos de estudo da atualidade^{5,6,8}.

Esses objetos de interesse para a ciência contemporânea são denominados de *objetos complexos*, sendo atribuídas a estes algumas características, entre elas: não podem ser explicados por modelos lineares de determinação (não se subordinam a uma aproximação somente explicativa),

não possibilitam a predição, não sendo possível através deles gerar tecnologia. Podem ser apreendidos em múltiplos níveis de existência, pois operam em diferentes níveis da realidade. Além disso, o objeto complexo “é multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravassando os recortes disciplinares da ciência”^{6:11}.

Nessa perspectiva, é necessário não mais destruir o objeto para entendê-lo, mas construir o objeto por um processo de composição de seus elementos constituintes, ou seja, a busca de uma integração totalizadora (síntese). Assim, é preciso ultrapassar a organização convencional da ciência em disciplinas autônomas e estanques, buscando novas modalidades da práxis científica⁶.

Considerando o exposto até o momento, faz-se necessário retomar o objetivo proposto neste artigo, ou seja, olhar para a interdisciplinaridade como um dos instrumentos para a transformação do atual modelo assistencial para outro baseado na promoção da saúde.

A interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção da saúde e a intersectorialidade sua ferramenta operacional¹. Esse olhar está embasado na Saúde Coletiva, um campo científico - onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto *saúde* e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e tem âmbito de prática - na qual se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço *setor saúde*. Portanto, envolve práticas que possuem um objeto complexo - as necessidades sociais de saúde - e tem como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, podendo ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar⁹.

A promoção da saúde é uma forma de enfrentar os desafios referentes à saúde e qualidade de vida, introduzindo a noção de responsabilidade civil de gestores, compartilhada com a sociedade organizada. Oferece, ainda, condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar que inclui as diferentes dimensões da experiência humana - a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural, e, portanto, coloca, a serviço da saúde, os saberes produzidos nos diferentes campos do conhecimento¹⁰.

Assim, pensar a natureza da organização da atenção, segundo o paradigma da promoção da saúde, implica que se considerem como funda-

mentos indispensáveis a interdisciplinaridade e a intersectorialidade¹¹.

A interdisciplinaridade, como instrumento viabilizador da promoção em saúde, vai ao encontro da natureza da proposta, que, com um objeto tão complexo, não é possível ser abordada de forma compartimentalizada, utilizando os saberes de disciplinas isoladas.

Para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça, é imprescindível um compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e simbólicas. Não é somente uma questão de articulações teóricas, mas de articulação dos sujeitos da práxis⁶. Envolve, portanto, a modificação do próprio processo de trabalho.

E para que isso ocorra, um aspecto relevante é a questão da formação do profissional envolvido nesse processo. Há que se ressaltar a necessidade de se transpor as barreiras disciplinares para que esses sujeitos sejam capazes de transitar nos diferentes campos de atuação⁶.

A intersectorialidade refere-se a um processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos sobre os objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores¹.

Essa visão, do ponto de vista conceitual, procura superar a perspectiva isolada de formulação de políticas com base apenas no setor saúde e passa a considerar a questão da saúde, o que significa incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de política pública, como, por exemplo: educação, meio ambiente, habitação, transporte, agricultura, assim como o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural¹.

A interdisciplinaridade deverá ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes, e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas. Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, sob o enfoque de *fato social total*, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e nos desafia a buscar a intersectorialidade¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, para a construção de um modelo fundamentado na promoção da saúde, seria necessária uma abordagem ampla e integradora desses saberes.

Pretende-se com esta discussão deixar questões para os profissionais estarem repensando como viabilizar essa transformação no seu processo de trabalho, uma vez que, como mencionado anteriormente, esta não é somente uma questão de articulações teóricas, mas envolve os sujeitos responsáveis pela ação. Sem dúvida, a composição de uma atuação interdisciplinar, em que seja considerado os distintos saberes, articulados num projeto comum, configura-se em um desafio para os profissionais que atuam nesse campo. Para enfrentar esse desafio, é fundamental que eles considerem cada contexto em que estão envolvidos em sua prática profissional e possam buscar estratégias para transpor os limites de um modelo predominante, que ainda privilegia a lógica cartesiana tanto na formação quanto na atuação dos diversos profissionais do setor.

Dessa forma, para que seja possível uma abordagem integralizadora, que contemple as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para as transformações que se impõem nesse campo, é necessário que a interdisciplinaridade possa fazer sentido na prática cotidiana, ou seja, cada profissional, com seu saber específico, compondo diferentes perspectivas, na construção de um projeto comum, como neste caso, a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-77.
2. Ministério da Saúde (Br). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz e Informação, Educação e Comunicação; 1996.
3. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington (DC): OPS; 1996. p. 37-44.
4. Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Rev. Adm. Pública* 1998; 32(2): 49-69.
5. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
6. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 1997; 2 (1/2): 5-20.
7. Artman E. Interdisciplinaridade no enfoque

intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6 (1): 183-95.

8. Plastino CA. A crise dos paradigmas e a crise do conceito de paradigma. In: Brandão Z. A crise dos paradigmas e a educação. São Paulo: Cortez; 1994.

9. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador (BA): Casa da Qualidade Editora; 2000.

10. Ministério da Saúde (Br). Promoção de saúde no Brasil. Disponível em World Web <http://www.saude.gov.br/sps.areastecnicas/promoção/home.htm>. Acesso em 18 out. 2002.

11. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.

12. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *Rev Saúde e Sociedade* 1994; 1 (2): 42-64.

INTERDISCIPLINARIDAD: UN INSTRUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL FUNDAMENTADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

RESUMEN: Este artículo enfoca una discusión teórica, proponiendo una reflexión acerca de la trayectoria histórica y conceptual de la promoción de la salud y presentando la interdisciplinaridad, sus límites e posibilidades como instrumento principal de la transformación del actual modelo asistencial, para otro que enfoque las cuestiones de la salud de una forma integralizadora.

Palabras Clave: Interdisciplinaridad; modelo asistencial; promoción de la salud; salud pública.

Recebido em: 19.05.2004

Aprovado em: 20.06.2005

Notas

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Endereço: Rua Galileu Galilei, nº 588, apto 41Ribeirão Preto - SP CEP 14020-620 E-mail: mjmenossi@uol.com.br

**Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Endereço: Avenida do Café, 1139 Bl. A Ap.401 Ribeirão Preto - SP CEP 14050 -230 E-mail: mandagara@hotmail.com

***Enfermeira. Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciência Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP), bolsista da CAPES. Endereço: Avenida do Café, 1139 Bl. A Ap.401 Ribeirão Preto - SP CEP 14050 -230 E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

****Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Av. Bandeirantes, 3900 -Campus USP- CEP: 14040-902 Ribeirão Preto - SP. E-mail: palha@eerp.usp.br

*****Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Av. Bandeirantes, 3900 -Campus USP CEP: 14040-902 Ribeirão Preto - SP. E-mail: cecilia@eerp.usp.br

*****Texto produzido na disciplina de Enfermagem e Sociedade do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP).