



Visão Transdisciplinar na Saúde Pública [1]

Patrick Paul [2]

Esta comunicação sobre o tema da saúde pública e da transdisciplinaridade tem como meta apenas a definição desses dois termos, a fim de que seja possível ver em que a transdisciplinaridade poderia ser suscetível de fornecer respostas aos diversos questionamentos próprios ao campo da saúde pública. Essas duas abordagens não chegaram ao campo acadêmico sem motivo. Para situar de novo o sentido delas, irei, em primeiro lugar, engajar-me num rápido sobrevôo sobre a história das ciências e sobre a história da medicina. Este sobrevôo nos permitirá compreender a multiplicação das especializações disciplinares, uma vez que a complexificação cada vez maior tornou difícil a homogeneização e o tratamento dos problemas. Postulo uma hipótese: a transdisciplinaridade aparece como possível solução, ligada às dificuldades crescentes de integração dos conhecimentos e da tomada de decisão. Ela representa uma solução possível para a autoformação do doente ou para a do médico.

1. Medicina e saúde pública

Se a formação médica no âmbito universitário data da criação das primeiras universidades na Idade Média, naquela época a medicina não tinha um lugar muito definido no conjunto dos saberes, pois não fazia parte das sete "Artes Liberais". (Le Robert, dictionnaire historique de la langue française T.2, p. 213). No século XII foi proposto que ela fizesse parte da "segunda filosofia", oposta à física, na medida em que esta era concebida como filosofia dos fatos da natureza, enquanto a medicina era concebida como uma técnica proveniente das artes mecânicas. No entanto, essa classificação é relativa, pois do século XII ao século XVII, os médicos eram chamados de "physici", distinguindo-se progressivamente dos "barbeiros", pois passam a ser chamados de "cirurgiões-barbeiros", antes de passarem a ser chamados de "mestres-cirurgiões".

Sob a influência de uma mudança epistemológica, que alimentava um dualismo crescente, assistimos entre o Renascimento e o século das Luzes, a uma fragmentação disciplinar progressiva, apesar da reação de alguns médicos como Paracelso (1493-1541), que sugerem a ligação entre a observação da natureza e a "mão hábil", além de afirmarem a necessidade de se conservar uma hermenêutica ampla, pois esta começava então a se perder.

No entanto, no século XVII, a medicina ainda agrupa um conjunto de disciplinas que, posteriormente, se fragmentarão em ciências autônomas: química, farmácia, botânica, física, cosmética, higiene, anatomia, fisiologia, patologia e cirurgia compunham o cotidiano da prática médica.

Com o século XVIII e o século XIX, o ensino da medicina torna-se cada vez mais prático e técnico, mas sem perder totalmente a sua dimensão filosófica. A arte médica impunha tanto a reflexão quanto a ação, mas se apoiava sempre numa atividade empírica proveniente das ciências aplicadas e dos conceitos científicos em geral.

No século XX, os progressos científicos se desenvolvem, alcançando êxitos brilhantes em problemas que antes não tinham solução. Contudo, essa eficácia tem um preço: esse progresso é acompanhado de uma especialização disciplinar cada vez maior, de um aumento significativo dos custos, de efeitos iatrogênicos cada vez mais difíceis de serem controlados.

Direcionado para o ato diagnóstico ou terapêutico, o médico passa a não avaliar, exceto raramente e com dificuldade, a balança entre efeitos positivos e riscos. O paciente, tornado corpo-objeto, sente-se cada vez mais excluído daquilo que lhe pertence: sua vida.

Então desenvolveu-se uma reação, sob o impulso das medicinas alternativas. Essa outra abordagem da medicina, que evidentemente não nega a primeira, não é recente. Seus fundamentos são encontrados nas próprias bases da medicina, considerada como "medicina tradicional". Essa expressão alternativa já existia nos séculos XVIII e XIX entre os partidários de uma medicina mecanicista e materialista e uma medicina vitalista. A homeopatia, por exemplo, como medicina vitalista, da testemunho desse conflito na sua própria história.

Hoje sabemos que se a técnica constitui o saber fazer indispensável à prática, o humano não é redutível ao objeto, pois a arte médica não provém apenas da competência mecânica, fisiológica ou farmacológica.

Habitualmente, a prática terapêutica diz respeito ao indivíduo em sua dimensão biológica e psicológica, quer se trate da medicina dita "geral", ou das diversas especialidades médicas, isto a fim de assegurar a eficácia em campos cada vez mais particulares.

No âmbito de uma medicina da pessoa, a medicina da saúde pública é confrontada com um questionamento bem diferente, pois sua ação também diz respeito à sociedade. Assim, os problemas colocados pela saúde pública não são da mesma ordem daqueles do exercício médico geral ou especializado, mesmo se há integração entre eles.

A função do médico de saúde pública se situa no entrecruzamento entre indivíduo e coletividade, entre as leis físico-biológicas e as leis socioculturais. Esse imperativo impõe que ele aborde o conceito de saúde de maneira muito mais ampla do que a simples prática médica. Um médico de saúde pública contribui para a saúde dos doentes por meio da sua reflexão tanto sobre o meio ambiente físico quanto sobre o meio ambiente social, a fim de melhorar o sistema coletivo de saúde.

É assim que a sua ação, no âmbito de suas próprias competências ou no de uma colaboração em rede, faz com que campos diferentes daqueles da atividade médica estrita intervenham: campo econômico, ecológico, social, estatístico, cultural, etc. Ele deve sem dúvida utilizar suas ferramentas médicas, como, por exemplo, a epidemiologia, mas deve integrar os custos de saúde e a antropologia da medicina. O médico de saúde pública, por sua missão e vocação, mostra-se então, necessariamente, pluri e interdisciplinar. Ora, é justamente nesse âmbito de uma reflexão pluri e interdisciplinar que nasceu o conceito "transdisciplinar". Então, podemos postular que a transdisciplinaridade, nascida das insuficiências e das lacunas no tratamento de certos problemas complexos, possa implicar de maneira especial os atores da saúde pública. Com efeito, o crescimento da população, os esfacelamentos culturais, a multiplicação das técnicas e das disciplinas são, ao mesmo tempo, uma riqueza e um drama. Em particular, a comunicação e a coordenação dos conhecimentos, a integração do conjunto dos dados em vista de decisões concretas torna-se difícil devido a essas fragmentações. Portanto, o desafio é poder dispor, face ao quantitativo e ao múltiplo, de modelos integradores capazes de coordenar e hierarquizar o conjunto das informações, de maneira a dar sentido e a definir as ações e a seqüência delas.

À complexificação e à complexidade infinita dos objetos deve poder se opor, contraditória e paradoxalmente, a simplicidade infinita do sujeito. Essa dialética supõe uma revolução pragmática das idéias. Metodologia específica apta a modelizar os sistemas complexos e a

atitude constitui a pesquisa e o imperativo transdisciplinar. No entanto, para compreender o seu surgimento, abordemos primeiro sua história.

2. Disciplinaridade e Transdisciplinaridade

Sem entrar nos detalhes de uma pesquisa que diria respeito à história das ciências, sabemos que, desde a antiguidade, Aristóteles, pela necessidade de distinguir as atividades humanas, propôs a classificação das ciências em ciências práticas, ciências poéticas e ciências teóricas, estas últimas incluindo a matemática, a teologia e a física ou a ciência da natureza.

A essa classificação pragmática e lógica de Aristóteles, Platão contrapõe uma categorização diferente: a de duas espécies de artes ou de ciências, uma qualificada de "vulgar" e a outra própria aos filósofos?, cada uma delas correspondendo a uma das duas faces de Eros: "pandêmia" e "urania", terrestre e celeste.

Essa divisão mostra duas abordagens distintas: uma de certo modo linear e horizontal, que, a partir de Aristóteles, nos conduziu ao positivismo de Augusto Comte; outra muito mais circular e hermenêutica, que nos conduziu de Platão a Piaget.

Na Idade Média, essa dupla classificação pode ser encontrada num "quadrivium" científico (geometria, aritmética, astronomia e música) e num "trivium" literário (gramática, retórica e dialética ou lógica).

Como ressalta Gilbert Durand (1996, p. 19), o século XII é o século de ouro do Ocidente, no qual as "vozes" (as vozes) do trivium e as "res" (as coisas) do quadrivium encontram um equilíbrio. Porém, a partir do século XIII, as "vozes" são progressivamente absorvidas nas "coisas", o que está relacionado com uma ruptura epistemológica entre revelação e conhecimento, análise e intuição, objetividade e subjetividade (H. Corbin, 1983, p. 24, 1980, p. 295). Essa ruptura, estudada em termos sociológicos por autores como D. Le Breton (1990, 3a ed., 1995) se consuma no século XVIII, quando o dualismo cartesiano e o século das Luzes valorizaram apenas e definitivamente o conhecimento objetivo e a análise. Com isso, abriu-se o caminho para a fragmentação disciplinar restrita ao campo do positivismo e do materialismo. Ainda haviam alguns conflitos entre os partidários dessa abordagem e os partidários da abordagem holista e vitalista. Estes últimos contrapunham à realidade única de uma vida material, um "espírito vital". No entanto, esse antagonismo terminou com a vitória dos primeiros sobre os segundos.

Porém, apesar das aparências, até hoje nenhuma prova do materialismo pode ser considerada como definitiva e as polemicas que agitam regularmente o mundo científico demonstram a que ponto nada está definido (caso Sokal, etc.). Se a razão, a objetividade, a reprodutibilidade e a rentabilidade apresentam uma eficácia que já não precisa ser demonstrada, paradoxalmente, os impasses também se acumulam. As consequências da ciência sobre o meio ambiente e sobre a saúde mostram que algo não foi assimilado. A introdução de novas teorias após a teoria quântica, como a fractalização, o caos, as catástrofes, etc., atesta noções como a de desordem, de imprevisibilidade, de complexidade. Estas não podem ser integradas diretamente pelas ciências clássicas e chegam a abalar o positivismo estrito.

É a partir dos anos 1970 e, especialmente, 1980, que, após a pluri e a interdisciplinaridade, apreendidas como tentativas sucessivas de estabelecer relações entre as disciplinas, a fim de resolver diversos tipos de problemas ligados à complexidade, que, face a limitações, aparece a transdisciplinaridade. O termo parece ter sido enunciado pela primeira vez por J. Piaget em 1970 num colóquio sobre a interdisciplinaridade. Ele esperava ver "a etapa das relações interdisciplinares ser sucedida por uma etapa superior transdisciplinar, que situaria as ligações no interior de um sistema total, sem fronteira estável entre as disciplinas". Desde então, um conjunto de autores se engajaram nessa pesquisa. O resumo não exaustivo desses trabalhos poderia permitir de definir a transdisciplinaridade como uma modelização dos sistemas complexos apoiada numa metodologia específica, definida no I Congresso Mundial da Transdisciplinaridade em 1994, em Arrábida, Portugal, na sua Carta

final.

História das ciências, da medicina, ou questionamento sobre o ser humano apresentam analogias. Assim como a fragmentação disciplinar, para assegurar a eficácia em campos cada vez mais complexos, impôs o quadro de uma abordagem global, cada ser humano não se resume à soma de seus componentes. Não basta adicionar órgãos para criar uma vida. As noções de globalidade e de complexidade nos questionam.

3. Globalidade e complexidade

Com efeito, a perda da globalidade, em benefício apenas do olhar técnico, cria um mal-estar no paciente, que se sente despossuído de seu status de sujeito. A busca da causalidade na doença, geralmente multifatorial, é contrária à hiperespecialização. O médico de saúde pública confronta-se com esses mesmos problemas.

Assim, face à fragmentação, importa reunir, colocando a questão de saber como definir a pessoa biológica e o indivíduo sócio-cultural. É necessário, para fazê-lo, transgredir os limites das abordagens disciplinares, a fim de tornar possível o surgimento de um novo paradigma integrador, mais largo e mais geral.

Se na abordagem transdisciplinar, o prefixo "trans" define o que está ao mesmo tempo "entre" e "além" de toda disciplina (B. Nicolescu, 1996), não para "abrir as fronteiras entre as disciplinas, mas para transformar o que gera as fronteiras" (E. Morin, *Transversales Sciences/Cultures*, 1997, p. 43), esse prefixo "trans" voltado para o humano deveria nos ajudar a apreender o conceito de homem global, entre e além de toda categorização disciplinar, conceito claramente complexo.

Como então podemos nos engajar nessa complexidade? Pode a própria complexidade se tornar um objeto de pesquisa?

Para B. Nicolescu (1996, p. 58), "O conhecimento do complexo, para que ele seja reconhecido enquanto conhecimento, passa por uma questão anterior. A complexidade da qual falamos é uma complexidade sem ordem, e nesse caso seu conhecimento não teria sentido, ou esconderia uma nova ordem e uma simplicidade de uma nova natureza?" Em outras palavras, a complexidade infinita da pesquisa disciplinar objetiva não poderia responder a uma simplicidade paradoxal do sujeito, transdisciplinar por sua própria essência, tão infinita quanto a primeira? Assim, a transdisciplinaridade implica uma atitude própria ao sujeito ele mesmo, postulada na própria noção de mudança de paradigma. É nesse nível que a metodologia transdisciplinar adquire toda a sua importância, mais particularmente em suas noções de "terceiro incluído" e de "diferentes níveis de realidade", permitindo que a complexidade seja melhor apreendida estruturalmente, funcionalmente, teleologicamente e ontologicamente de maneira paradoxal em sua relação com a simplicidade.

Assim, a relação entre complexidade e simplicidade coloca a questão do paradoxo. Para Yves Barel (1979), é justamente o paradoxo que torna possível que algo seja ao mesmo tempo ator e terreno de sua ação, sujeito e objeto. Se habitualmente a complexidade separa o ator do campo de sua ação, o paradoxo ultrapassa essa contradição. Mas para que haja paradoxo, é preciso para o ator "do mesmo modo que no âmbito de uma metodologia transdisciplinar" que a oposição e a integração entre os termos faça com que níveis distintos intervenham.

Se o paradoxo pode ser definido como relação entre um nível contraditório e um metanível integrador, como a contradição entre as noções de sujeito e objeto, no âmbito da transdisciplinaridade pode favorecer o desenvolvimento desse caminho integrador?

4. O sujeito e o objeto

Acabamos de ressaltar a importância de um metanível integrador da complexidade, desembocando na renovação da relação objeto-sujeito. Podemos inclusive postular que a

dialética do objeto, do sujeito e de sua integração remetem a uma globalidade unificadora que poderia ser isomórfica da problemática entre o indivíduo e a sociedade inscrita na abordagem de saúde pública.

Nossa reflexão se apoia em diversas constatações: os médicos vivem uma situação difícil, ligada à fragmentação dos saberes, à complexificação dos procedimentos, à informação e à informatização a qualquer preço, ao aumento dos problemas jurídicos, ao quadro deontológico e à explosão dos custos da saúde.

Só os atos técnicos são levados em conta na codificação dos atos médicos. O ato relacional, embora essencial na relação médico-paciente, é valorizada de maneira insuficiente, mesmo sendo uma fonte de economia para a saúde pública. Muitas pesquisas mostram que quanto menos tempo os médicos têm, mais eles recorrem aos exames, aos medicamentos e às internações (La Revue du Praticien, tomo 10, no 336, 8 de abril de 1996, p. 41). É mais fácil responder a uma demanda de soníferos com uma receita do que com a proposição de uma ajuda para tratar uma perturbação do sono. Mas para responder de outro modo, é preciso ser formado de outro modo. Ou seja, é preciso ter valorizado o âmbito da autoformação do sujeito médico, a fim de que este possa, por sua vez, dinamizar a autoformação e a educação do sujeito paciente.

A gestão da relação médico-paciente, que se inscreve tanto no campo da subjetividade quanto no campo da objetividade científica, não é fácil. E atualmente a medicina parece muito mais preocupada com vencer a doença do que com cuidar de um ser humano, cuja multiplicidade hermenêutica podemos supor que ela perdeu.. Ela aplica seus métodos objetivamente, esquecendo muitas vezes que o sujeito doente também se inscreve numa dimensão psicossomática, psicológica, psicossocial, sociocultural, e mesmo numa dimensão espiritual e religiosa, mesmo que esse conjunto particulariza modalidades reativas e adaptativas das representações mecânicas da doença e do tratamento.

Os obstáculos à relação médico-paciente são tanto de ordem estrutural quanto cultural, e se até o século XIX a prática médica se apoia antes da mais nada no humanismo, o desenvolvimento do culturalismo positivista e tecnológico, com seus grandes sucessos, acabou legitimando a prática médica de outro modo, desumanizando-a e mecanizando-a.

No entanto, pouco tempo mais tarde, devido às crises no próprio seio da ciência e da sociedade, devido também ao desenvolvimento das medicinas alternativas, essa situação mudou. O homem, que tinha se tornado máquina num mundo de máquinas, começou a se reapropriar do seu status humano. Mas por outro lado, a ilusão mecanicista, oferecendo uma imagem de onipotência à medicina, desenvolveu a idéia de um direito à saúde capaz de afastar as fronteiras da morte. Então, não é surpreendente nos encontrarmos diante de contradições e diante de um enorme consumo de atos médicos orientados apenas pelo ponto de vista existencialista.

Essa corrida desenfreada adiante, essa aceleração tendo se tornado pouco gerenciável com o aumento das despesas com saúde, coloca a questão do sentido. Só uma sociedade rica pode fazer face a esse tipo de despesas. Mas todo excesso coloca também a questão dos limites. Para que serve tudo isso? E, de maneira ainda mais essencial: qual é o sentido do sofrimento, da vida e da morte?

Esse tipo de questionamento, quase ausente da medicina clássica, na medida em que a reflexão filosófica não faz mais parte do ensino, é colocado, por outro lado, pelas medicinas alternativas, que normalmente se apoiam em doutrinas holistas e vitalistas. Aqui é interessante notar, mesmo se essas práticas alternativas são minoritárias e colocam questões sobre o mecanismo de sua ação, que elas são classicamente consideradas como menos onerosas e, além disso, dinamizam a relação médico-paciente. Entre parênteses, o fato de 60% dos japoneses, e 40% dos americanos e dos franceses se tratarem com elas deve levantar algumas interrogações. O custo de um clínico geral homeopata na França (honorários e outros custos) é 50% menor do que o de um clínico geral alopata.

Quanto à relação médico-paciente, normalmente ela é citada como um elemento positivo na abordagem alternativa. E, na medida em que essas medicinas apresentam resultados, a tentação é grande, no âmbito de uma epistemologia materialista e mecanicista hegemônica, de considerar a sua ação como resultado do placebo.

Essa questão do placebo e da ação das medicinas alternativas é fundamental. No entanto, ela extrapola o âmbito da minha conferência, de modo que não me deterei nela. Mas o notável é que o efeito placebo aparece em todos os métodos em que há resultados curativos. Enunciei a hipótese de que diante da complexidade infinita da pesquisa disciplinar objetiva poderia ser colocada a simplicidade também infinita do sujeito da abordagem transdisciplinar. O efeito placebo dá testemunho disso. Pois parece que no mais profundo do próprio sujeito há outras forças de cura além daquelas que podem ser atribuídas ao medicamento. Como então, sem de modo algum negar a medicina clássica, dinamizar essas forças vitais hierarquizando as ações, destinando à ação mecanicista apenas os casos mais graves, que não tiverem outra alternativa de tratamento?

Se a "ressurreição do sujeito" (Nicolescu, 1996) nos interpela no âmbito transdisciplinar, como abordar a outra face do ato médico estabelecendo uma ligação entre medicina e sociedade?

5. Medicina e sociedade

Se a doença parece "pertencer" ao sujeito doente, o doente também pode se apreender como interface entre a doença e a sociedade, independentemente de um desequilíbrio etiológico particular. O recurso aos tratamentos implica um comportamento mais ou menos correlato à percepção da doença e do sentido que cada indivíduo dá a ela na sociedade da qual ele faz parte, e que estabelece uma escala de valores ao fazer escolhas explícitas ou implícitas.

Toda aplicação à saúde deve poder levar em conta atores, o que nem sempre é o caso. É pedida uma nova leitura epistemológica no que concerne as relações entre sofrimento humano e resposta da sociedade, ainda mais que essas relações estão na base das doenças ditas de "civilização" (doenças profissionais, câncer, estresse, alergia, depressão, hipertensão, doenças cardio-vasculares, droga, alcoolismo, etc.). É desejável que o médico não considere o doente apenas como uma entidade biológica com funções analisáveis, mas também como um sujeito com seus afetos, sua história (diacrônica), suas imagens e suas representações (sincrônicas), isto é, com sua imaginação pessoal e seu imaginário social (Castoriadis, 1996).

Interrogarmo-nos sobre o imaginário que funda as sociedades, sobre essa faculdade criadora de universos de significações que nenhuma consciência particular de um sujeito pode produzir sozinha, coloca a questão do sentido e dos valores que investem as diferentes culturas na história. Não é possível fundar o conceito de autonomia do sujeito sem relacioná-lo contraditória e paradoxalmente com uma história da cosmologia, do vivente e da antropologia. O homem, para além da biologia, é um ser psíquico e social-histórico.

É nesses diferentes níveis que encontramos a capacidade de criação que é constituída pela imaginação e pelo imaginário social (Castoriadis, 1996). Essa atitude cria em parte tanto as nossas doenças quanto nossas capacidades de remediá-las (doenças genéticas, "imaginárias", espirituais, etc.).

Os conceitos de transversalidade (Barbier, 1997) ou de transdisciplinaridade permitem que nos desprendamos de um pensamento médico único para empreendermos uma busca de causalidade cada vez mais multifatorial. A valorização de uma medicina plural (Benoit, 1996) é mais apta a responder aos desafios da complexidade e à riqueza antropológica da medicina. Esta convida o mundo médico a uma redefinição das demandas e das respostas possíveis através das quais se definem e se acumulam a pesquisa científica e a ação prática.

Se a doença biológica $\frac{3}{4}$ "disease" nos países anglo-saxões $\frac{3}{4}$, a doença psíquica $\frac{3}{4}$ "illness" $\frac{3}{4}$, e a vivência social da doenças $\frac{3}{4}$ "sickness" $\frac{3}{4}$ abrem a nossa reflexão, convém acrescentarmos a elas o elemento cultural.

6. Cultura, culturalismo e transcultura

Na gestão da doença, temos uma demanda do doente e uma demanda da sociedade. O paciente espera eficácia do terapeuta e a sociedade espera que o ato eficaz tenha o menor custo possível. Entre o doente e seu meio ambiente humano os recursos de ambos balizam o percurso terapêutico, variável conforme o tipo de sociedade e de cultura nos quais o doente se inseri. A doença também é cultural. Ora, a cultura parece depender de uma representação paradigmática vigente, isto é, de um funcionamento psicológico coletivo particular. É essencial que o quadro cultural seja apreendido, por mais bem fundamentada que seja a ação médica.

Por exemplo, só podemos compreender a vontade de uma mulher africana de ter um filho mesmo sabendo ser soro-positivo do vírus da AIDS quando sabemos que na África uma mulher só é considerada mulher, qualquer que seja a sua idade, depois de sua primeira maternidade.

Compreendemos melhor a recusa de uma índia americana em dar à luz no hospital se nos colocamos no seu contexto de vida: quatro horas de caminhada grávida para chegar à cidade, pois para esse povo o custo para ir de carro até o hospital é muito caro; além disso, o acolhimento no centro hospitalar é deplorável, seus costumes são desrespeitados, etc. Enquanto a estrutura da sua vila é, ao contrário, calorosa, acolhedora e respeitosa. Qualquer abordagem transdisciplinar torna-se necessariamente transcultural e transreligiosa, respeitando, sem redução nem sincretismo, as diferenças, e facilitando a compreensão e a ação.

Não é mediante uma educação que mostre os supostos benefícios da modernidade que podemos erguer os obstáculos culturais, mas antes mediante uma compreensão participativa e bom senso. Nossas próprias visões e representações tornam-se um obstáculo para a comunicação. A dimensão disciplinar ou monocultural corta o humano do todo do qual ele participa. É necessário que uma nova antropologia da doença seja desenvolvida. Não é sempre, não é com todas as pessoas e com todas as culturas que a doença e o tratamento se adequam às nossas concepções. Nem sempre a patologia pode ser individualizada conforme nossos próprios critérios.

Circunscrever o campo de uma doença não está, necessariamente, em correspondência com a realidade do doente ou com a realidade dos atores no terreno. E si alguns progressos restam a ser feitos no campo da epidemiologia, das vacinas ou da higiene, o trabalho mais importante, para assegurar a eficácia, reside no campo sociocultural e na autoformação, pois nem sempre há congruência, longe disso, entre as realidades empíricas, culturais, religiosas e os conceitos médicos ocidentais, isto mesmo na cultura ocidental, e raramente há adequação entre ensino de medicina e realidade vivida no terreno.

7. Transdisciplinaridade e saúde pública

Eis-nos então colocados implicitamente diante de uma hierarquia de níveis de organização com os quais o médico e, mais precisamente, o médico de saúde pública, é confrontado. O biológico, o psicológico, o social e o cultural definem entre eles organizações biológicas e sociais, e atividades psicológicas e culturais. Ora, se as primeiras são, claramente, materiais e objetivas, as segundas pertencem ao campo do espírito e do sujeito. Portanto, retornamos aqui à nossa dualidade inicial objeto-sujeito, ou ainda aos conceitos materialistas e vitalistas que estruturam a história da medicina.

A organização social e o organismo biológico, entidades manifestas, supõem assim dois níveis diferentes do espírito: uma alma coletiva ou cultural e uma alma psicológica ou pessoal.

A ruptura materialismo-holismo poderia então situar-se no próprio seio da relação entre, de um lado, o psico-somático, e, do outro, o sociocultural. Se o primeiro compõe o "eu" e o segundo "os outros!", a epistemologia transdisciplinar poderia transformar essa ruptura entre o trajeto bio-cognitivo dando sentido e hierarquia aos diferentes níveis que nos compõem, do mesmo modo que nós os compomos.

O encontro entre essas duas correntes poderia então constituir um "trajeto antropológico fundador" (Durand, 1992), com a condição de manter a tensão criativa entre as contradições.

No entanto, a transdisciplinaridade não deve ser entendida como um absoluto que tem resposta para tudo. Ela oferece simplesmente a possibilidade da elaboração de um novo modo de representação, mais apto a modelizar o conceito de homem global e os desafios ligados à complexidade. Pois temos necessidade de um princípio de conhecimento que, face à deslocação e à multiplicidade, respeite e revele, ao mesmo tempo, a unidade e a complexidade. Temos necessidade de um método "que detecte ao invés de ocultar as ligações, articulações, solidariedades, imbricações, interdependências, complexidades" (Morin, 1977). Aliás, é isso que o mito, o pensamento primitivo nos ensina ou nos relembra: existe um estado original indiferenciado onde a ruptura entre o eu e o mundo não existe. A essa experiência holista da realidade, a essa lembrança de uma indiferenciação original e oceânica, se opõe a evidência, recente na história do homem, de um dualismo qualificado de cartesiano, que descobre a ruptura entre o eu e o mundo. Se a epistemologia holista está na base da maioria das medicinas tradicionais, o dualismo cartesiano pode ser considerado como a raiz do pensamento e da ciência modernas. Esses dois campos profundamente separados devem poder se comunicar no paradoxo de um modelo transdisciplinar.

A fratura epistemológica entre as teorias educativas da formação médica e a formação permanente ligada à atividade médica no terreno coloca o problema da articulação entre os saberes formais e experimentais que, geralmente, se contrapõem ao invés de se articularem. Portanto, convém formular um novo paradigma educativo que integre à formação clássica o saber viver dos atores e a força epistemológica paradoxal da tripolaridade da ecoformação, heteroformação e autoformação (Pineau, 1986).

Podemos postular que tal mudança na formação médica ofereceria aos médicos respostas não só terapêuticas, mas sobretudo educativas no que diz respeito ao paciente, aptas a dar eficácia ao ato médico, reduzindo, ao mesmo tempo, os custos e tornando possível uma hierarquização das intervenções.

Conclusões

Se acabamos de colocar as bases sucintas de uma possível modelização do conceito de "homem global", concluirei esta comunicação frisando que meu objetivo não é, aqui, dar soluções. Tive a intenção de apresentar toda uma hierarquia de níveis de organização entre organismo biológico, personalidade psíquica, organização social e campo do espírito. Esse esqueleto deveria ser completado para se tornar funcional. Todo modelo deve em seguida ser confrontado com a realidade do terreno a fim de determinar as estratégias. Além disso, um modelo não pode de modo algum se definir com exaustivo, definindo de uma vez por todas uma problemática. Ele só pode ser compreendido como meio, como caminho, apropriado para suscitar um questionamento e a encontrar respostas. "O caminho se faz ao andar" diz o poeta Machado. Decorre daí que sempre restará uma incerteza para o viajante, o que quer que ele faça, sem o que não haveria caminho a percorrer.

Mais precisamente, uma tal modelização pode permitir, no campo específico da saúde pública, que sejam estabelecidas relações entre dois interesses, convergentes ou contraditórios: do indivíduo e da sociedade da qual ele participa. A modelização dessa relação pode ampliar o sentido e hierarquizar as intervenções.

Um outro interesse dessa modelização reside, como vimos, no estabelecimento de uma relação possível entre medicina alopática e medicinas tradicionais e alternativas. O

estabelecimento dessa relação não é fácil, na medida em que os paradigmas de uma e da outra são divergentes. E se atualmente há justaposição das intervenções, não há, no sentido estrito, hierarquização nem relação clara entre esses diferentes campos. Uma modelização permitiria que esse diálogo fosse desenvolvido, reduzindo com isso a iatrogenidade e os custos da saúde, assegurando, ao mesmo tempo, a eficácia dos tratamentos.

Insisti, além disso, no imperativo de uma colocação em tensão entre formação médica disciplinar clássica e autoformação experiencial da pessoa.

Esses diversos pontos muito gerais e não exaustivos do conjunto dos problemas colocados, poderiam, pela sua resolução, abrir para inúmeras conseqüências benéficas na formação e na prática médica, na saúde pública, devido à própria convergência dos diferentes campos abordados, constituindo um lugar privilegiado de experimentação.

Espero que tais pesquisas e encontros abertos num quadro epistemológico renovado possam ser progressivamente empreendidos em benefício tanto dos que cuidam quanto dos que são cuidados.

[1] Conferência realizada em 30 de setembro de 1998 na Faculdade de Saúde Pública da USP ? São Paulo ? Brasil.

[2] Patrick Paul é doutor em medicina e em ciências da educação e da formação, com especializações em imunologia, bioquímica estrutural e metabólica, genética, biologia molecular e físico-química.

Referências bibliográficas

Auroux, S. e Weil, Y. Dictionnaire des auteurs et des thèmes de la philosophie, Ed. Hachette Education, 1991.

Barbier, R. L'approche transversale ? L'écoute sensible en sciences humaines, E. Anthropos, 1997.

Barel, Y. Le paradoxe et le système, Presses universitaires de Grenoble 1979, 1989.

Barel, Y. Les médecines parallèles, quelques lignes de forces, Ed. Mires la documentation française, Paris, 1988.

Benoist, J. (Sob a direção de). Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical, Karthala, 1996.

Castoriades, C. La montée de l'insignifiance ? les carrefours du labyrinthe T4, Ed. du Seuil, Paris, 1996.

Corbin, H. Face de Dieu, face de l'homme, Éd. Flammarion, 1983.

Corbin, H. L'homme et son ange, Éd. Fayard, 1983.

Corbin, H. Temple et contemplation, essai sur l'islam iranien, Éd. Flammarion, 1980.

Durand, G. Champs de l'imaginaire, Éd. Ellug, Grenoble, 1996.

Durand, G. Figures mythiques et visage de l'oeuvre, Éd. Dunod, 1992.

Durand, G. Les structures anthropologiques de l'imaginaire, Éd. Dunod, 1992.

Durand, G. Sciences de l'homme et tradition, Éd. Albin Michel, 1996.

- Le Breton, D. Anthropologie du corps et modernité, Éd. PUF, 1995.
- Le Moigne, J. L. La théorie du système général, PUF, 4a edição, 1994.
- Le Moigne, J. L. La modélisation des systèmes complexes, Éd. Dunod, 1995.
- Morin, E. Introduction à la pensée complexe, Éd. ESF, 1990.
- Morin, E. La méthode (vol. 1, 2, 3 e 4), La nature de la nature, Éd. du Sueil, 1977, La vie de la vie, 1980, La connaissance de la connaissance, 1986, Les idées, 1991.
- Morin, E. Science avec conscience, Éd. du Sueil, 1982.
- Nicolescu, B. La transdisciplinarité ? manifeste, Éd. du Rocher, 1996.
- Nicolescu, B. Bulletin interactif du CIRET no 3/4, 1995.
- Nicolescu, B. Nous, la particule et le monde, Éd. Le Mail, 1985.
- Piaget, J. Epistémologie et génétique, Que Sais-Je, Éd. PUF, 1970.
- Pineau, G. Temps et contretemps en formation permanente, Éd. Universitaires, UNMFREO, 1986.
- Pineau, G. Recherches sur l'autoformation existentielle: des boucles étranges entre auto et exoréférences, Education Permanente, no 122/1995-1.
- Platon. Le Banquet, Éd. Garnier Flammarion, 1964.
- Platon. Philèbe, Éd. Flammarion, 1969.
- Varela, F. J. Autonomie et connaissance, essai sur le vivant, Éd. du Seuil, 1989.