

1

AÇÕES INTERSETORIAIS COMO ENFRENTAMENTO DA COMPLEXIDADE NA SAÚDE COLETIVA

Breno Pedercini de Castro
Cláudia Maria Filgueiras Penido

Introdução

Desde 1948, quando o conceito de saúde passou a significar um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1987), o campo da saúde sofreu amplas transformações. A avaliação da condição de saúde passou a levar em consideração fatores que ultrapassam o entendimento reducionista da saúde, como a ausência de doença.

O famoso Informe Lalonde, documento publicado pelo Governo Canadense em 1974 – considerado um marco histórico para a promoção da saúde – reforça essa perspectiva. Além do fator biológico, o relatório considera que a organização da assistência médica, o meio ambiente e o estilo de vida deveriam ser levados em conta nas principais causas de morte (LALONDE, 1974). Da mesma forma, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, reafirma o conceito ampliado de saúde (OMS, 1987) e indica que essa concepção transborda o setor Saúde:

A saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades – é um direito

humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1987).

Como vemos, o novo conceito de saúde desencadeou consequências tanto em relação à produção de conhecimentos – que deveria ultrapassar o diagnóstico e a terapêutica de doenças – quanto em relação às práticas de saúde, que deveriam considerar a qualidade de vida e seus determinantes, passando, necessariamente, por ações intersetoriais, entre outras mudanças importantes. No Brasil, a amplitude de tal conceito foi referendada na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986, p. 4).

A diversidade de condições explícita nessa concepção impõe ao setor Saúde a necessidade de rever as bases e os processos de trabalho. Não por acaso, no Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade é um princípio doutrinário. Do ponto de vista das políticas públicas, particularmente das ações públicas para fazer frente à integralidade, concordamos com Cunill-Grau (2016) que a intersectorialidade deve ser a base.

A partir de Feuerwerker e Costa (2000, p. 94) vislumbramos uma definição inicial de intersectorialidade, qual seja:

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Para efeito do presente texto, interessa-nos explorar a intersectorialidade como forma de enfrentamento à complexidade no setor Saúde, valendo-nos da noção de ação intersectorial

(PRADO *et al.*, 2021). Para esse fim, abordaremos, inicialmente, uma breve introdução ao pensamento complexo. Na sequência, discutiremos a ação intersetorial como estratégia de enfrentamento a tal complexidade em questão. Por fim, sinalizamos alguns limites e potências a partir de nossa prática anterior ou atual como psicólogos na APS do SUS.

O pensamento complexo

Passos e Barros (2000) consideram que desde a década de 60 a área da Saúde tem se esforçado para flexibilizar fronteiras disciplinares, visto a natureza multifacetada do seu objeto. Entretanto, tais esforços têm demandado, no máximo, diferentes olhares sobre o objeto (multidisciplinaridade) ou uma zona de interseção entre as disciplinas, para a qual um objeto específico seria designado (interdisciplinaridade). Tanto a multidisciplinaridade quanto a interdisciplinaridade sustentariam a manutenção das fronteiras disciplinares, bem como os sujeitos desses saberes, e não sustentariam uma abordagem do que seria considerado um fenômeno complexo como a saúde.

De acordo com Macerata *et al.* (2020, p. 422),

na prática, os saberes interferem uns nos outros e fazem variar os limites entre eles. [...] As ações transdisciplinares tornam difusa a fronteira entre os saberes. Esta prática diz respeito à troca de experiência na equipe onde se trabalha. Quando um trabalhador se deixa tocar pela perspectiva do outro, faz variar sua própria perspectiva e ação para além do saber de sua competência. O que se torna transdisciplinar são as ações da equipe na relação com o usuário, e não os profissionais. A ação é transdisciplinar quando deixa de ser propriedade de um agente.

Já há algum tempo, muito se tem dito sobre a importância da superação do raciocínio causal, linear e determinista para dar lugar à admissão da complexidade como pressuposto fundamental na abordagem do mundo contemporâneo. Um dos autores que vem

se ocupando do tema da complexidade é Edgard Morin, em especial durante a chamada segunda fase de sua obra (PETRAGLIA, 2003)¹. Ele reconhece que desde Thomas Kuhn² há um entendimento de que o desenvolvimento da ciência se deve não à acumulação dos conhecimentos, mas à transformação dos princípios que a organizam.

Sendo o paradigma uma estrutura de pensamento, como Morin define o pensamento complexo? De acordo com este autor, “o pensamento complexo é um pensamento que busca distinguir (mas não separar), ao mesmo tempo que busca reunir” (MORIN, 2003, p. 71), tendo como referência o significado original de *Complexus*³: aquilo que é tecido junto. O autor destaca as multideterminações das atividades cognoscentes, as quais transcendem o escopo dos processos cognitivos, sendo também constituídas por fatores sócio-históricos e culturais (MORIN, 2003).

Um elemento importante do pensamento complexo em Morin é a certeza da incerteza. O pensamento complexo tem como propósito, “ao mesmo tempo, o de reunir (contextualizar e globalizar) e de ressaltar o desafio da incerteza” (MORIN, 2003, p. 71). Esse elemento encontra ressonância na obra de Prigogine (2003), que destaca a incerteza na reflexão sobre todas as convicções, teorias e modelos. Para ele, não há nada definitivo e, portanto, é possível, novamente, surpreender-se com o mundo, ter espanto. Na perspectiva positiva de Prigogine, é possível ser criativo, acreditar no novo, acreditar que o futuro será construído. Segundo Prigogine (2003, p. 64), a meta a ser perseguida é:

¹ Denomina-se ‘segunda fase’ por oposição à fase inicial do autor, quando se dedicou ao tema do cinema e da comunicação, o que ele mesmo teria chamado de “desvios” na sua trajetória intelectual.

² Cf. *A estrutura das revoluções científicas*.

³ Complexidade, em sua origem latina, vem do verbo *complexi*, cujo particípio passado, *complexus*, significa, em primeiro lugar, abraçar, enlaçar, entrelaçar, estreitar. O substantivo *complexus* significa, literalmente, o abraço, o ato de fechar com os braços, o abraço paternal, amigável, até mesmo erótico, e também, no sentido figurado, o ato de compreender um certo número, ou um grande número de coisas diferentes (BINDÉ, 2003).

encontrar a passagem estreita entre duas concepções alienantes do mundo: a concepção determinista, na qual não há lugar para a criatividade, na qual não há lugar para a inovação; e a ideia de Deus fazendo um jogo de dados, o mundo aleatório, no qual não há lugar para a razão.

Isso possibilita conciliar “o projeto da inteligibilidade da natureza, expresso por leis matemáticas e o projeto do humanismo, o projeto da responsabilidade, o projeto da democracia” (PRIGOGINE, 2003, p. 63). O fim das certezas assinala o advento da complexidade (PRIGOGINE, 2003) e os princípios da complexidade rompem com pressupostos reducionistas e mecanicistas, contrapondo-se à inteligência compartimentalizada e disjuntiva (MORIN, 2003).

Para Morin, a complexidade está na base. Logo, se a complexidade está na base, trata-se de um elemento constituinte. Perguntamo-nos, a partir de então, sobre estratégias para operar o cuidado em saúde no SUS, de forma integral. A ação intersetorial é, sem dúvida, uma delas.

Ações intersetoriais: desafios ao setor Saúde

Para discutir saúde sob o enfoque da complexidade, primeiramente é preciso discernir que, durante o planejamento e a realização das ações em saúde, encontram-se envolvidos inúmeros sujeitos (usuários dos serviços de saúde, representantes da população, profissionais de saúde e gestores) que, por vezes, têm objetivos e percepções distintas em relação à condução das práticas assistenciais. Além disso, se a saúde tem como determinantes a renda, o lazer, o trabalho, dentre outros, claro está que não só esses atores deveriam estar envolvidos no processo de construção das práticas em saúde. O trabalho nesse setor convoca assim ações intersetoriais que devem constar na agenda de prioridades dos representantes políticos e dirigentes em todos os níveis e setores.

Em publicação recente, Prado *et al.* (2021) empreendem uma análise crítica da literatura nacional e internacional acerca de definições e da natureza das ações intersetoriais voltadas à saúde.

Ainda que a ação intersetorial tenha importância fundamental na construção de políticas sociais, como o SUS, os autores constataam uma diversidade de interpretações e definições que fragilizam a compreensão sobre esse tipo de ação a ser construída, de modo a dar conta dos determinantes sociais relacionados à saúde e reduzir as iniquidades sociais.

Torna-se, imprescindível, segundo eles, a adoção de uma abordagem pautada “em premissas conceituais padronizadas, e que possam fortalecer o planejamento de ações derivadas de parcerias com a sociedade civil, suscitar políticas transparentes, multissetoriais e orientadas para a equidade em saúde” (PRADO *et al.*, 2021, p. 2).

O estudo dá conta das expressões relacionadas à temática da intersetorialidade, que refletem, finalmente, níveis de gestão intersetorial ou diferentes intensidades de relações interinstitucionais. Ação intersetorial, intersetorialidade e ação intersetorial para a saúde são os termos encontrados nos estudos analisados, tendo como sinônimas as expressões cooperação intersetorial, coordenação intersetorial, colaboração interorganizacional e integração intersetorial, o que evidencia a polissemia conceitual já aventada pelos autores acerca da expressão.

Duas premissas acerca da ação intersetorial emergem da análise, uma de caráter político, outra de natureza técnica. Enquanto a primeira propõe que a integração dos diversos setores permite a busca de soluções mais integrais, a segunda sinaliza que a integração entre os setores permite que suas diferenças sejam utilizadas de forma produtiva, de modo a resolver problemas sociais. Neste itinerário, é destacado que a ação intersetorial pode refletir uma iniciativa pontual e circunscrita ou duradoura e planejada em torno dos problemas que se apresentam na política pública, a exemplo de um objeto, tema ou necessidade constatada.

A natureza da ação intersetorial seria, finalmente, definida a partir de três categorias: o nível de inclusão no ciclo de formulação de políticas, que pressupõe o planejamento de ação sobre a iniquidade em saúde; o nível de colaboração na implementação de

ações, que prevê agentes sociais com relativa autonomia, agentes com capacidades técnicas específicas e relações sociais permeadas pelo diálogo; e, por fim, o nível de mudança nas formas organizacionais preexistentes, que exige mudanças no processo de trabalho, implementação de ação em recorte espacial definido e a replicação possível em outros espaços (PRADO *et al.*, 2021). A partir da análise, os autores indicam que o modo desejável de se operar na política pública seria aquele em que a construção de intervenções faria frente às necessidades em saúde, resultantes de um dado arranjo de determinantes sociais.

Nesse aspecto, é oportuno retomar que a Determinação Social da Saúde (DSS) tem como pressuposto fundamental que

a compreensão da saúde humana deve passar pela análise interdisciplinar das formas de organização da sociedade, de sua estrutura social e econômica, entendendo que esta subordina a dimensão natural da produção da saúde, da doença e do cuidado (BERLAMINO *et al.*, 2016, p. 101).

Os autores sinalizam ainda, que a DSS abarca outros fatores como a presença, qualidade e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública e sua interface com políticas de outros setores.

Ora, na medida em que compreendemos a saúde como socialmente situada, atrelada às condições de existência dos sujeitos individuais e coletivos, a ação intersetorial se apresenta como a estratégia necessária - senão fundamental - para dar conta da complexidade na saúde, sendo os problemas inesgotáveis a esse setor. Em outras palavras, a saúde e seus problemas não se reduzem a um setor específico, ainda que sejam “problemas de saúde”.

Tendo em vista a compreensão do processo de saúde-doença-cuidado, dessa forma, recuperamos a definição de ação intersetorial proposta por Prado *et al.* (2021), que nos indicam um caminho para as reflexões a seguir acerca do trabalho multiprofissional no SUS:

Uma ação intersetorial é aquela com capacidade de integrar agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas, que se

complementam e, ainda que existam assimetrias de poder, se articulam em espaços de gestão compartilhada, de decisão para o planejamento, execução e avaliação de questões ou necessidades específicas, identificadas com a participação social e direcionadas para a redução de iniquidades sociais em saúde (2021, p. 6).

Com o objetivo de responder às demandas da população por meio de políticas sociais, a ação intersetorial situa, portanto, diferentes agentes e setores na perspectiva de uma rede de relações.

Junqueira (2000, p. 40) argumenta que as redes sociais “se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e a autonomia de cada membro”. Consideramos que não somente a Saúde necessita da integração com outros setores, mas também comporta em si uma rede de relações entre sujeitos e setores em diferentes níveis administrativos, a exemplo do trabalho multiprofissional previsto à APS do SUS.

Interessa-nos, portanto, apreender os agentes que atuam na política social como sujeitos em relação, com vista à melhoria da qualidade de vida dos usuários, impactada pelos diversos determinantes sociais que interveem sobre os processos de saúde-doença-cuidado de uma população. Esse projeto se beneficia da interdisciplinaridade – ainda que sem se esgotar na mesma – entendida como a integração de diferentes saberes orientados para uma prática, de modo a se aproximar e apreender a complexidade da realidade social.

Uma nova realidade, criada a partir de um conhecimento também novo, deve ser partilhada no interior das organizações gestoras das políticas sociais. E isso vai depender principalmente da mudança das práticas organizacionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores organizacionais. Essas práticas deverão privilegiar a integração de saberes e experiências, em prejuízo da setorialização e da autonomização. Os atores organizacionais e os grupos populacionais passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à sua realidade social (JUNQUEIRA, 2000, p. 43).

A interdisciplinaridade e, finalmente, o alcance da transdisciplinaridade, alinha-se, portanto, à consecução da ação intersetorial, na medida em que os sujeitos inseridos em diferentes terrenos de práticas mobilizam e transformam seus diferentes saberes com vistas a um objetivo comum. Oportuno sinalizar também que esse tipo de atuação na política social concorre para o alcance de princípios basilares do SUS: a universalidade do acesso, a busca pela equidade de ofertas e o desafio da integralidade da assistência.

Considerando a noção de rede no setor Saúde, deparamo-nos com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que organizam os serviços e a assistência com base nos princípios da regionalização e descentralização administrativa do SUS. Enquanto lócus privilegiado de nossa reflexão para se pensar a ação intersetorial, tomemos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011). Vejamos o alcance dessa discussão.

Em estudo acerca dos Ambulatórios de Saúde Mental em um município brasileiro, Severo e Dimenstein (2011) indicam que esses serviços tentam funcionar como porta de saída da rede substitutiva para os usuários, no sentido de uma transição entre o nível especializado de atenção, na figura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e o nível de atenção primária, onde estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal processo, todavia, torna-se problemático na medida em que a transição para um tratamento em saúde mental na rede básica não ocorre, ao mesmo tempo que a oferta de tratamento dos ambulatórios, pautada na assistência psiquiátrica, na escuta psicológica individualizada ou ainda na demanda por direitos especiais, acaba por reforçar a lógica da cronicidade dos problemas.

Ainda que o ambulatório de saúde mental esteja inserido na lógica da atenção psicossocial às pessoas em sofrimento mental, a forma como ele se insere na rede local e oferta o cuidado à população acaba por reforçar o modelo asilar de tratamento da

loucura. Organizados dessa forma, persiste nos ambulatorios uma lógica de dependência dos usuários em relação aos saberes médico e psicológico com a expectativa de resolução de seus problemas por parte dos mesmos. Segundo as autoras,

[...] são poucas as iniciativas de mudança observadas na lógica de cronicidade dos problemas na implementação de dispositivos substitutivos na rede, que deveriam começar pela oferta de novas modalidades de cuidado que implicariam, por fim, a mudança de concepção e de valor atribuído à loucura e ao aparato psiquiátrico (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 647).

Estamos diante de uma (limitada) proposta de compreensão e tratamento do sofrimento mental que privilegia a ênfase sobre o indivíduo e sua doença, tendo como oferta o saber especializado pontual, que pouco faz movimentar a noção de rede, o fomento à autonomia dos sujeitos e sua participação ativa na produção de saúde, como se almeja na lógica da atenção psicossocial.

Severo e Dimenstein (2011) argumentam que políticas públicas e serviços orientados pela atenção psicossocial “devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde” (2011, p. 650). Frente a esse cenário de desarticulação entre os serviços substitutivos e o nível primário de atenção, as autoras apontam o apoio matricial nas UBS como uma saída, sendo esse tipo de articulação indispensável para a efetivação da reforma psiquiátrica.

O apoio matricial é considerado, pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, o dispositivo específico para dar suporte e ampliar a clínica dos profissionais da ESF (BRASIL, 2006; PENIDO, 2013). Constitui-se de um apoio especializado previsto em várias áreas, inclusive à Saúde Mental, sendo ofertado geralmente por psicólogos e psiquiatras aos médicos, enfermeiros/técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Ainda que os ambulatorios de saúde mental não sejam uma realidade nas RAPS instituídas por todo o Brasil, a análise empreendida por Severo e Dimenstein (2011) oportuniza

aprofundarmos a especificidade do apoio matricial na APS, tendo em mente que essa metodologia de trabalho não é prerrogativa de um determinado nível de atenção, mas antes contribui para a articulação da rede com vista à construção do cuidado em saúde, movimento necessário na ação intersetorial.

De que forma, então, operar o apoio matricial na APS de modo a contribuir para o alcance dos propósitos da ação intersetorial?

Sinalizamos, a seguir, alguns limites e potências a partir da experiência e reflexão acerca do apoio matricial e a clínica ampliada na APS, onde atuam equipes multiprofissionais com a presença de psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, assistentes sociais, entre outras categorias. Um exemplo dessas equipes de apoio são os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Os NASF-AB, cuja metodologia de trabalho é o apoio matricial, são os responsáveis pela retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às Equipes de Saúde da Família (eSF) na APS. Criados em portaria específica no ano de 2008 (BRASIL, 2008), estas equipes multiprofissionais, bastante próximas da (complexa) vida que se organiza nos territórios, têm como uma de suas diretrizes a articulação intersetorial para o planejamento e execução de suas ações (BRASIL, 2014).

Limites e potências da ação intersetorial na Atenção Primária à Saúde: tentativas de enfrentamento da complexidade

O enfoque da saúde coletiva recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva se voltar na direção da saúde e não da doença e que aponte para a integralidade das ações de saúde. No Brasil, esta possibilidade está particularmente configurada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) como organizadora da APS. A ESF é a porta de entrada para o sistema, devendo se articular aos demais níveis de atenção à saúde, conforme a necessidade apresentada pelo usuário. A gênese da atenção primária está assentada no processo de mudança do paradigma orientado pelo

modelo cartesiano de atenção à saúde, transferindo o foco das atenções para a família e a comunidade.

As ESF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade pelo seu acompanhamento gera a necessidade de que as equipes superem os limites classicamente definidos para a saúde pública. Nesta perspectiva, à ESF cabe desenvolver ações qualificadas e resolutivas, balizadas na concepção centrada na vigilância em saúde e na promoção da qualidade de vida. Uma das ferramentas para o aumento da resolutividade das eSF é o apoio matricial por parte das equipes multiprofissionais.

Prevê-se que essas equipes substituam a lógica do encaminhamento ao especialista pelo compartilhamento de saberes e responsabilidades sanitárias, com preocupação técnico-pedagógica que possa contribuir para ampliar a autonomia dos profissionais da eSF em ações em Saúde Mental. No contexto brasileiro, as ações de formação em saúde são pautadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007), que se baseia em uma educação permanente no trabalho e para o trabalho, diferentemente de capacitações pontuais e descontextualizadas. Nesse sentido, o apoio matricial é uma de suas ferramentas (CASTRO; PENIDO, 2021).

Sintonizada com a proposta da ESF, encontramos também na PNH a diretriz da Clínica Ampliada (BRASIL, 2006), que é compreendida como uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença, sem a intenção de desprezar todos os avanços realizados pela Medicina (CAMPOS, 2005). Os aspectos psicossociais envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado ganham importância nessa proposta, o que promove um avanço em relação ao modelo biomédico. A diretriz da Clínica Ampliada se apresenta como um convite a todas as categorias profissionais, o que esbarra, por outro lado, em obstáculos relacionados à grande ênfase biomédica na formação de diferentes profissionais na APS.

Consideramos que uma atuação possível ao psicólogo apoiador em Saúde Mental, entendido como um dos agentes da política social em relação na APS, é ampliar a escuta sobre os aspectos biopsicossociais dos usuários e seus familiares nas avaliações e ações, sem deixar de tentar contribuir para que as eSF e demais profissionais da rede também se sintam corresponsáveis pelos sujeitos em sofrimento mental e mais seguros com o manejo clínico. Nesse processo de trocas, acreditamos que todos os agentes podem acumular, em alguma medida, contribuições aos seus saberes e práticas. O progressivo compartilhamento de saberes e responsabilidades sanitárias entre as eSF e apoiadores parece contribuir, assim, para a construção da integralidade do cuidado junto aos usuários, princípio caro ao SUS.

Consideramos pertinente, nesse aspecto, resgatar a problemática dos determinantes sociais da saúde, que se faz presente tanto ao nível de uma concepção ampliada de “saúde mental”, atenta aos aspectos biopsicossociais nas condições de existência e de sofrimento dos sujeitos, quanto na participação de outros profissionais, além de psicólogos e psiquiatras, nos cuidados em saúde mental.

Na medida em que os profissionais apoiadores compreendem o objetivo da ferramenta do apoio e de fato levam adiante sua proposta de trabalho conjunto com as eSF, fomenta-se a diretriz da Clínica Ampliada, uma vez que a compreensão sobre a saúde das coletividades não pode se esgotar somente na atuação da equipe de referência, sob o risco de retroalimentar o modelo biomédico, tão criticado tanto dentro da APS quanto no nível especializado de atenção. Pelo contrário, se a diretriz da Clínica Ampliada e o Apoio Matricial funcionam como suporte à ação intersetorial, então temos a oportunidade de espaços de discussão e troca de saberes, ampliação do olhar sobre a saúde dos sujeitos individuais e coletivos, contribuindo para a construção de práticas com vista à integralidade na assistência à saúde, em diálogo permanente com outros setores.

Essa forma de atuar na APS contribui, assim, para que a proximidade entre os agentes atuantes nas UBS possa ser utilizada

a favor dos processos de saúde-doença-cuidado da população. É preciso esvaziar, para tanto, a noção dos especialismos, seja pela atuação dos próprios apoiadores “especialistas”, seja pelas expectativas por parte das equipes de referência.

A título de exemplo, aventamos a atuação por psicólogos apoiadores que, de forma crítica em relação a uma ação intersetorial, não alimentaria a lógica de “aos profissionais psi” (psicólogos e psiquiatras), “questões de saúde mental”. Tampouco o psicólogo apoiador ocuparia um lugar limitado de porta-voz na interlocução com outros níveis de atenção e setores, seja internamente na saúde, seja com outros domínios nas políticas públicas. A centralidade do lugar das equipes de referência, desde a proposta da ESF, fortalece-se, nesse sentido, na medida em que esta também mobiliza as redes locais e dialoga com outros setores, apoiada pelas equipes multiprofissionais.

Não nos parece distante a realidade apontada por Severo e Dimenstein (2011) acerca dos ambulatórios de saúde mental quando nos defrontamos com uma realidade nas UBS, em que a forma como as ações são conduzidas pode, finalmente, contribuir para que funcione como um espaço de articulações frágeis, reforçadora de especialismos e, finalmente, com uma lógica asilar de tratamento do sofrimento mental.

Aproveitamos o ensejo para dizer da importância de continuidade do debate sobre a atuação de outros profissionais das equipes multiprofissionais, como do NASF-AB, para a compreensão acerca da saúde em perspectiva ampla.

Percebemos a consecução da ação intersetorial em casos complexos encontrados no chão de práticas, que congregam, a todo momento, o diálogo e a troca com as políticas de Assistência Social, Educação, Esporte, Cultura, a exemplo, a depender do caminho suscitado pelo caso. Muitas vezes são casos que evidenciam um conjunto de fatores, como sofrimento mental grave e persistente, insuficiência familiar, violação de direitos de crianças, mulheres e idosos, vulnerabilidades socioeconômicas (desemprego, condições de habitação e subsistência), uso de álcool e outras drogas, entre outros.

Esses são casos que presentificam a complexidade na saúde coletiva e convocam ações intersetoriais que levem em conta a incerteza de modelos e protocolos para inventar arranjos possíveis, com os sujeitos envolvidos, para melhor tocarem suas vidas – ou não seria esse o objetivo das ações em saúde?

Finalmente, entendemos que a atuação na política de saúde parte da assunção, pelos agentes, da lógica de pensamento da ação intersetorial, uma vez que não é possível compreender a complexidade dos fenômenos de forma setORIZADA e unilateral. Consideramos, nesse caminho, que a adoção da Clínica Ampliada e Apoio Matricial se apresentam como consequentes necessários para o objetivo desse tipo de ação.

Do ponto de vista das políticas públicas, embora possam ser propostos modelos que lidem com a complexidade, estaremos sempre diante de um paradoxo que é familiar à própria epistemologia da complexidade: será preciso confrontar o antagonismo presente nas tentativas de delineamento de modelos que deem conta do paradigma da complexidade, que devem levar em consideração que a complexidade será irreduzível a tais modelos. Assim, um modelo sempre enfrentará o desafio do confronto com a realidade incapturável, ainda que seja o modelo biopsicossocial.

Considerações finais

Acreditamos que, para operar a saúde sob a luz da complexidade, não bastam ações com foco somente na formação profissional. Há de ocorrer uma mudança significativa na forma como os membros de uma comunidade entendem e se colocam diante do seu processo saúde-doença-cuidado. A comunidade deverá estar ciente da importância de seu papel, buscando soluções cooperativas que consigam intensificar o apoio social através da alocação de recursos existentes da própria comunidade e participação ativa no planejamento e implementação de ações em saúde. No âmbito da gestão política, técnica e administrativa, as ações integradas entre os poderes federal, estadual e municipal,

com enfoque em ações intersetoriais, devem contemplar a comunidade como seu elemento fundamental.

A partir do exposto, é possível vislumbrar que as ações intersetoriais se baseiam em mudanças subjetivas de todos os envolvidos no campo da saúde. Baseiam-se nessas mudanças, ao mesmo tempo em que as estimulam. Trata-se de uma utopia ativa que, espera-se, possa alimentar e potencializar as práticas cotidianas no campo da saúde. A complexidade desse campo requer uma visão ampliada em contraposição à visão fragmentada, biologicista e biomédica, além de uma posição ética de abertura ao imprevisto e à inventividade. Nesse sentido, as ações intersetoriais são, sem dúvida, estratégias potentes nessa direção.

Referências

- BERLARMINO, V. H. et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. In: DIMENSTEIN, M. et al. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios; Brasília: Cnpq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi. 2016
- BINDÉ, J. Complexidade e Crise da Representação. In: MENDES, Candido (org.) LARRETA, Enrique (Ed). **Representação e Complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 7-23.
- BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASTRO, B. P.; PENIDO, C. M. F. Psychology in rural contexts: an experience of Mental Health Specialized Support to Family Health Teams. In: LEITE, J. F.; DIMENSTEIN, M.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. (Orgs.). **Psychology and Rural Contexts: Psychosocial Dialogues from Latin America.** 1ed. Cham: Springer, 2021, (p. 71-84).

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNILL-GRAU, N. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate: **Intersectorialidade nas políticas sociais:** perspectivas a partir do Programa Bolsa Família. Brasília: MDS, 2016. n. 26, p. 35-66. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2026.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersectorialidade na rede Unida. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 22, p. 25-35, 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública,** v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

MACERATA, I. et al. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no Pop Rua. In: PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I. **Entre clínica e política: produção de conhecimento e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2020.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C. (org.). LARRETA, Enrique (Ed). **Representação e Complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003 (p. 69-77).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para la promoción y educación para la salud. **Revista de Sanidad y Higiene Pública**, 61, p.129-139, 1987.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Promoção da Saúde. Cartas. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=14>. Acesso em: 27 abr. 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.16, n.1, p.71-79. Jan-abr, 2000.

PETRAGLIA, I. C. **Edgard Morin: A educação e a complexidade do ser e do saber**. Petrópolis, Vozes, 2003. 8ª ed.

PENIDO, C. M. F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013 (pp.17-38).

PRADO, N. M. B. L. et al. Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. **Cien Saude Colet.**, v. 27, n. 2, 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/revisitando-definicoes-e-naturezas-da-intersectorialidade->

um-ensaio-teorico/17966?id=17966&id=17966&id=17966&id=17966. Acesso em: 20 jul. 2021.

PRIGOGINE, I. O Fim da Certeza. IN: MENDES, C. (org.). LARRETA, E. (Ed). **Representação e Complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003 (p.47-67).

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicol. cienc.** n. 31, v. 3, 2011.