

## A INTERCONSULTA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autora: Gabriely Buratto Farias – Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/ GHC), ênfase em saúde da família e comunidade.

Av, Francisco Trein, 596 – 3º andar – Bloco H - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre- RS. CEP 91350-200 – F: 3357.2407

Assistente social formada pela PUC/RS, residente do segundo ano da RIS/ GHC. Porto Alegre/ RS. Brasil. (gabriely.buratto@gmail.com)

Co-autora: Ananyr Porto Fajardo. Escola GHC.

Odontóloga. Doutora em Educação (UFRGS). Atua em atividades de ensino e pesquisa na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e Escola GHC. Porto Alegre/ RS. Brasil. (aportofajardo@gmail.com)

### RESUMO

O presente artigo relata uma pesquisa quanti-qualitativa, orientada pelo método dialético-crítico, requisito para titulação de pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). A pesquisa teve como objetivo central identificar como a interconsulta vem sendo realizada nos serviços de atenção primária em saúde (APS), tendo em vista a falta de referencial teórico acerca da temática neste campo de atuação e a compreensão do potencial para o seu exercício neste âmbito de atenção, visando à integralidade do cuidado. A pesquisa utilizou-se de um questionário semiestruturado com profissionais de saúde de serviços de APS para identificar seu entendimento sobre esta ação; para quais demandas a realizam; o fluxo utilizado; e os limites e as dificuldades para efetivação desta prática no processo de trabalho. O estudo identificou que a falta de referencial sobre interconsultas em APS não está relacionada com o nível de compreensão dos profissionais, pois a maioria a realiza conforme a produção teórica existente, sendo este espaço entendido como campo especial para o seu exercício.

**PALAVRAS-CHAVES:** Atenção Primária à Saúde. Integralidade. Interconsulta.

## APRESENTAÇÃO

A integralidade, um dos princípios e diretrizes do SUS, constitucionalmente apresenta-se como um componente da organização das ações em saúde, buscando superar o reducionismo nas intervenções profissionais, apreender as demandas sociais de forma ampliada, bem como responder a elas de forma articulada entre os serviços e setores pertinentes.

A integralidade do atendimento à saúde deve deixar de ser apenas um princípio e fazer-se presente na “organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (CECÍLIO, 2006, p.115). Ou seja, deve haver uma ruptura com o antigo modelo assistencial de saúde, exigindo transformações na gestão, nos processos de trabalho e na relação trabalhador-usuário em saúde.

A atenção primária à saúde assume um importante papel na organização da atenção de um sistema de saúde, pois coordena o cuidado de acordo com as necessidades do sujeito. Constitui um conjunto de funções que se configuram como um nível de atenção singular e que orientam a abordagem em saúde a partir de um conceito ampliado, valorizando não apenas práticas clínicas e curativas, mas também reabilitação e ações preventivas e de promoção. Utiliza-se de ferramentas de baixa densidade tecnológica, orientadas para as necessidades de saúde, com aproximação ao território/comunidade.

A pesquisa aqui relatada tem como objetivo investigar como a interconsulta é compreendida e exercida pelos profissionais que atuam nos serviços de APS de Porto Alegre, RS. Especificamente, almeja-se identificar sua compreensão acerca do tema; analisar para quais demandas esta modalidade de interação é mais solicitada; conhecer seu fluxo; e investigar quais os limites e as facilidades para a prática desta tecnologia na APS.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A interconsulta é uma antiga ação em saúde originária do campo de saúde mental. Segundo Silveira (2011) e Carvalho e Lustosa (2008), o termo passa a ser amplamente discutido neste campo no Brasil a partir de 1980 com a reforma psiquiátrica, que normatiza a criação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. Naquele período, a interconsulta era desenvolvida no interior dos hospitais gerais, preferencialmente destinada à intervenções entre profissionais de saúde mental.

Em nível mundial, Ferrari *et al* (1980 *apud* MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005; p. 48) introduzem a discussão da interconsulta em um hospital psiquiátrico de Buenos Aires como forma de substituir as respostas a pareceres por esta ação em saúde. Segundo os mesmos, “a técnica da interconsulta dinamiza a prática individual de respostas de pareceres, transformando-a num momento interativo, de discussão dos elementos envolvidos no atendimento”. É uma ação em saúde que promove a qualificação do atendimento ao usuário e o aprimoramento profissional.

A interconsulta, logo, surge como uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para a integralidade do trabalho nos serviços de saúde. Esta ação de saúde, originária da saúde mental, ainda está muito limitada (conceitualmente) a este campo de atuação. Contudo, sendo um instrumento que facilita o diálogo e a educação permanente em equipes de saúde, entende-se que os diferentes campos da saúde podem adotar esta ferramenta e implementá-la nos serviços, com vista à integralidade do cuidado. Mello Filho e Silveira defendem este posicionamento ao conceituarem a interconsulta como

uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta (2005, p. 148).

Neste sentido, esta ação, por meio de suas modalidades, permite que se tenha uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, pois é considerada uma atividade interprofissional e interdisciplinar em intervenção conjunta, bem como possibilita uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas. A interconsulta, portanto, também considera o aspecto pedagógico do fazer em saúde, isto é, leva em conta não só a qualificação do atendimento ao usuário/família, mas se preocupa com o aprendizado do profissional solicitante da interconsulta. Com a discussão de caso e a consulta conjunta, objetiva-se que novas competências sejam desenvolvidas (BRASIL, 2011) pelos profissionais que receberam interconsulta – e pelos interconsultores – para qualificação do atendimento a todos os usuários do serviço.

Consideramos que, atualmente, a interconsulta ultrapassou seu sentido inicial de apenas contrapor-se à consultoria, mas compreende uma ação ampla, que abrange tanto a assistência ao usuário quanto a equipe e instituição, atingindo seu sentido pedagógico. Assim, esta tecnologia pode ser utilizada por diferentes profissionais e em diferentes serviços, não se limitando ao seu campo de origem, pelo contrário, expandindo-se com vistas a um atendimento que seja o mais integral possível.

Segundo Andreoli e Mari (2002 *apud* CARVALHO; LUSTOSA, 2008, p. 35), esta ação em saúde tem como finalidade também “assistir quem dá assistência, cooperar na tarefa a ser realizada, trabalhando em conjunto com a equipe”, ou seja, a integralidade do cuidado perpassa a assistência e a relação interprofissional, promovendo um suporte ao profissional de referência. A discussão de caso e o atendimento conjunto se configuram em formas de compartilhar o cuidado e/ou de capacitação interprofissional.

Conforme Martins (1992 *apud* CARVALHO; LUSTOSA, 2008), os objetivos da interconsulta se destinam também à

modificação do padrão de assistência centrada no trabalho para uma que dê ênfase ao paciente; valorização do papel da relação médico-paciente e o aprofundamento do estudo da situação do paciente e dos profissionais nas instituições. (p. 35)

Portanto, possibilita uma discussão que envolva as diferentes visões sobre uma situação, atribuindo responsabilidades à equipe de referência – ao mesmo tempo em que se apresenta como uma rede apoio/assistência ao profissional – e permite construir, em conjunto com o usuário, o seu projeto de cuidado.

Não é um termo novo, mas ainda existe pouca bibliografia em saúde coletiva. Como um termo originário da atenção em saúde mental, ainda restringe-se (conceitualmente) a este campo, dificultando a apropriação teórica desta ação em saúde pelos demais profissionais e serviços.

A APS é um lócus que tem como um dos seus princípios orientadores a integralidade da atenção e que possui recursos organizacionais para que esta prática ocorra, sendo este cenário um espaço fértil para produção teórica sobre interconsulta, bem como o aprimoramento desta ação em saúde. Segundo Carvalho e Lustosa (2008, p. 40), é necessária a “produção de evidências que comprovem a eficácia das intervenções dos serviços”, isto é, a falta de referências sobre esta ação nos serviços de atenção primária limita o debate e o aprimoramento desta tecnologia.

## MÉTODOS

O estudo teve uma abordagem quanti-qualitativa, sendo utilizado um questionário semiestruturado, com cinco perguntas abertas e uma fechada, para a coleta de dados. As questões do instrumento de coleta de dados foram elaboradas para identificar e investigar a compreensão dos participantes sobre interconsulta; para quais demandas os mesmos

solicitavam ou eram solicitados a realizá-la; qual o fluxo seguido; e as dificuldades e facilidades encontradas no processo e no cenário de trabalho para o seu exercício.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição 21/11/2012 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS em 11/01/13, sob os números 12-152 e 184.879, respectivamente. Foi realizada como um dos requisitos para a titulação de pós-graduação/Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade.

Os participantes eram profissionais de saúde com ensino superior completo e que atuavam em sua profissão de graduação nos serviços de atenção primária à saúde da região noroeste de Porto Alegre/RS. Estes são mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), configurados em Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, e pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), configurados em Unidades de Saúde. Ao todo, sete serviços de atenção primária foram convidados a participarem da pesquisa, compondo um universo de 94 profissionais.

Para a coleta de dados, foi considerado apenas um profissional de cada categoria profissional de cada serviço de saúde, de acordo com o interesse do convidado, quando havia apenas um profissional/núcleo, e amostragem aleatória quando havia mais de um interessado por núcleo. Com isso, foi obtida uma amostra de 28 sujeitos, correspondendo a um representante por núcleo e por serviço. Dentre eles, 21 efetivamente participaram, sendo oriundos dos seis núcleos profissionais existentes nas unidades de saúde.

Para interpretação dos resultados, utilizamos a análise temática (MINAYO, 1994), método de análise baseado no referencial de Bardin (1979). O processo de análise temática desdobrou-se em três etapas: pré-análise - consistiu na organização e sistematização dos dados coletados, bem como na identificação de categorias analíticas que orientaram o processo de análise (*ação em saúde, tarefa assistencial e aprimoramento profissional*); exploração do material - decodificação dos dados identificados; e tratamento dos resultados - análise dos dados coletados a partir da sua frequência, concomitantemente com o significado atribuído a estes.

Os participantes cujos excertos ilustram os resultados são identificados pela letra P, seguida de um número, conforme a ordem de devolução dos questionários.

## RESULTADOS

### Questão 1 – Conceito:

A primeira questão do instrumento investigou o que os profissionais entendiam por interconsulta e como a realizavam, tendo surgido como categorias de análise *ação em saúde, tarefa assistencial e aprimoramento profissional*. Da análise das respostas resultaram categorias empíricas como espaço, opinião, mecanismo, ação, atividade de interação, ferramenta para compartilhar o cuidado, instrumento de trabalho, interface entre profissionais e tecnologia leve.

Foi evidenciado o reconhecimento desta tecnologia leve como importante instrumento para a integralidade do atendimento ao usuário e à família, de que se trata de uma ação interdisciplinar que possibilita o compartilhamento do cuidado e que situações complexas devem ser acompanhadas por profissionais de diferentes saberes. Além disso, os profissionais a compreendiam em suas diferentes dimensões tanto na discussão de caso quanto em atendimento conjunto:

É uma ação entre diferentes categorias profissionais ou especialidades onde existe a troca, compartilhamento de saberes de um paciente. Busca de um atendimento mais integral (P5).

Pode ocorrer por meio de uma discussão de caso, supervisão, consultoria, atendimento em conjunto do paciente/família/coletivo/matriciamento (P11).

Reconheciam sua perspectiva integral como forma de compartilhar cuidado e melhor atender as demandas dos usuários. A interação entre profissionais, seja de núcleos diferentes ou não, foi uma das principais categorias que surgiu no estudo; e a finalidade desta interação apareceu de diferentes formas, tais com a necessidade de avaliação de diagnóstico, compartilhamento do cuidado, construção de projetos terapêuticos, troca de saberes e capacitação profissional.

Entendo que interconsulta envolve uma série de intervenções, nas quais estão envolvidos diferentes profissionais, proporcionando a troca e integração dos saberes para melhor enfrentamento diante da complexidade das situações (P25).

Em uma análise por categoria profissional, observou-se que cada núcleo evidenciou um objetivo e uma finalidade do exercício desta tecnologia, tendo havido heterogeneidade de compreensão mesmo dentro de cada núcleo profissional.

No que se refere à enfermagem, todos os profissionais participantes a compreendiam como um instrumento de trabalho que contribui para um atendimento mais integral e bem-estar do usuário, sendo exercitada mais na dimensão de discussão de caso.

Apenas um enfermeiro considerou a interconsulta limitada ao apoio matricial. Entendendo que é uma ação em saúde e que está presente em diferentes espaços de atenção e assistência, consideramos que a mesma também se faz presente no apoio matricial. Contudo, partindo do cenário de atenção primária como um campo potencial para o seu exercício, consideramos que este profissional ainda não reconhece os espaços de discussão de caso e consulta conjunta dentro da equipe como a tecnologia leve em questão.

Em relação à categoria médica, esta se mostrou mais heterogênea na sua compreensão e exercício. Dos seis participantes, quatro a consideravam tanto na consulta conjunta quanto na discussão de caso. Reconheciam a contribuição do exercício desta ação para um atendimento mais integral e inclusive citaram demandas de diversas ordens (físicas, psicológicas e sociais) para realizá-la, considerando a troca e o compartilhamento de saberes. Contudo, destes quatro participantes, um profissional, apesar de expressar compreensão sobre o conceito, considerou esta prática apenas quando realizada com a equipe de saúde mental que faz apoio matricial no serviço de saúde.

Os outros dois participantes definiram-na como encaminhamento ao especialista – sistema de contra-referência – para esclarecimento de diagnóstico e para avaliação complementar. Neste sentido, desconsideravam a interação profissional, pois a entendiam apenas como um encaminhamento, sem discussão de caso ou atendimento conjunto. Logo, o objetivo de ser um instrumento de aprimoramento profissional e de uma assistência mais integral não foi entendido como tal.

Faço interconsulta preenchendo documento de referência e contra-referência, procurando colocar todos os objetivos relacionados ao problema pelo qual estou encaminhando o paciente (P16).

Entendemos que este dado da realidade evidencia o quanto esta tecnologia ainda se mantém atrelada ao cenário de assistência à saúde que lhe deu origem. Isto é, se esta ação em saúde surge no campo hospitalar com o objetivo de substituir consultorias e promover uma maior interação profissional, mesmo na atualidade é possível perceber que estas condutas de encaminhamento puro, sem discussão, não foram superadas e, ainda, confundem-se conceitualmente.

No que se refere aos odontólogos, apenas um participante a compreendia como a interação com outro especialista por meio da contra-referência. Os demais a consideravam

como uma ação interdisciplinar a fim de construir planos de intervenção em conjunto e um acompanhamento mais integral, principalmente para casos complexos.

O profissional de nutrição, ao descrever sua compreensão, reconheceu seu potencial resolutivo, contudo, foca principalmente na consulta conjunta.

Dentre as categorias profissionais, os assistentes sociais e psicólogos foram os mais homogêneos em suas definições como núcleo. Todos os participantes do serviço social mostraram-se apropriados do conceito, inclusive descrevendo algumas categorias de análise como ação em saúde e aprimoramento profissional. Consideravam-na como uma tecnologia leve que contribui tanto para a integralidade do atendimento quanto para a capacitação profissional. Exercitavam-na tanto em discussão de caso quanto em consulta conjunta.

Ação realizada entre diferentes profissionais da saúde na busca de estratégias que ampliem as possibilidades de acompanhamento das situações atendidas. A interconsulta tem importante papel na capacitação interprofissional, assim como na busca da integralidade (P13).

Os psicólogos também se mostraram apropriados do conceito, sendo que todos afirmaram que exercitam a interconsulta mais de duas vezes na semana. Consideravam a troca interdisciplinar deste instrumento e, principalmente, a tarefa assistencial de contribuir com a integralidade da atenção e o compartilhamento do cuidado.

Outra questão evidenciada por todas as categorias profissionais foi a importância de seu exercício para a integralidade do atendimento. Pode-se dizer que a finalidade assistencial que seu exercício tem para os profissionais de saúde se sobrepõe à capacitação interprofissional. Isto é, o aprimoramento profissional surge tangente ao estudo. Os participantes citaram o compartilhamento do cuidado, a troca de saberes e a interação profissional como importantes, mas não como uma das finalidades da interconsulta.

#### Questão 2 – Demandas:

A segunda questão identificou para quais demandas os profissionais realizam interconsultas. O estudo evidenciou que a maioria das situações de saúde descritas pelos participantes é considerada sensível à APS (BRASIL, 2008). Outras demandas de saúde também se configuram como ações programáticas de saúde, desenvolvidas em campo de atenção básica.

Para quatro núcleos profissionais, as demandas relacionadas à saúde mental surgiram como situações que devem ser abordadas por diferentes núcleos profissionais. Consideramos que esta demanda é mais evidente justamente pela complexidade das situações atendidas, requerendo uma abordagem ampliada, e pela necessidade de compartilhar o cuidado e a existência de capacitação interprofissional.

As demandas de cunho social (vulnerabilidade, violência, rede, privação de direitos) e de abordagem familiar (planejamento familiar, ciclo de vida, dinâmica familiar) também apareceram como demandas potenciais para o exercício de interconsultas. As demandas por especialista, já descrito anteriormente, que se referem a contra-referência, foram menos frequentes.

O Quadro 2 sistematiza as diferentes demandas para as quais os profissionais de saúde participantes da pesquisa são solicitados ou solicitam interconsulta no seu local de trabalho.

Quadro 2: Demandas para quais se realizam interconsultas, segundo os participantes.

Categoria profissional	Demandas (solicita ou é solicitado para fazer interconsulta)
Enfermagem	Saúde mental (2); planejamento familiar (2); pré-natal (2); puericultura (2); tuberculose; imunização (2); saúde da mulher; orientações alimentares; hábitos de vida; insulina; lesões de pele

Medicina	Saúde Mental (2); feridas de pele; acamados; medicamentos; saúde bucal; demandas sociais; planejamento familiar; orientações alimentares; psicoterapia; depressão; especialidades (ginecologista, oftalmologista, otorrino)
Nutrição	Orientações alimentares
Odontologia	Especialista; cardiopata; hipertensão (2); doenças sistêmicas; condições biopsicossociais (2); diabetes (2); lesões de boca; dependência química; urgência odontológica; vulnerabilidade social
Psicologia	Psicofármacos; dinâmica familiar; ciclo de vida; transtornos mentais; sofrimento psíquico; rede intersetorial; projeto terapêutico
Serviço Social	Saúde mental (3); abordagem familiar; demandas intersetoriais (2); violência (doméstica e sexual); envelhecimento; privação de direitos; socialização de informações

### Questão 3 – Fluxo:

Em relação ao fluxo, os participantes, na sua maioria, realizavam na dimensão da discussão de caso – junto ou não com consulta conjunta. Descreveram que acontece a partir da procura de um profissional pelo outro, com horário pré-estabelecido ou não.

Principalmente na discussão direta com outro profissional da equipe. Em momentos pré-organizados ou não. Exemplo: fui solicitada por uma médica da equipe para discutirmos e atendermos conjuntamente uma idosa que vive só e apresenta sintomas de demência e solidão. Solicitei a presença de uma enfermeira no atendimento (P13).

A consulta conjunta, da mesma forma, quando acontece, é pela procura de um profissional pelo outro, sendo precedida de uma discussão do caso. Os profissionais consideravam como consulta conjunta não só a consulta em si, mas também visita domiciliar e os encaminhamentos com atendimento compartilhados.

Geralmente discutindo casos com outros profissionais, mas também em consulta ou VDs conjuntas. É bastante comum em casos de saúde mental (P6).

Compartilhamento de informações e agendamos consulta conjunta. O acompanhamento dos encaminhamentos é conjunto (P17).

Dos 21 participantes, sete consideraram a interconsulta apenas na dimensão de discussão de caso; nove consideraram-na em ambas as dimensões (discussão de caso e atendimento conjunto); cinco consideraram-na como apoio matricial ou contra-referência; e nenhum considerou apenas na dimensão do atendimento conjunto. Portanto, fica evidente no estudo que a discussão de caso é a dimensão preferencial pela qual se materializa a interconsulta, prévia ou não de atendimento conjunto.

### Questão 4 e 5 – Dificuldades e facilidades:

Os serviços de saúde representados na pesquisa apresentam algumas diferenças na organização do seu processo de trabalho. Os serviços de atenção primária da SMS estão configurados de duas formas: uma a partir de Unidades Básicas de Saúde, que são serviços constituídos pré-SUS, ou seja, estão organizados na lógica de centros de saúde com diferentes especialidades e com carga horária de trabalho diferente entre trabalhadores (turnos de trabalho diferente), e outra a partir da estratégia saúde da família, a qual possui uma equipe mínima de trabalho (médico, enfermeiro e dentista) com carga horária (40 horas semanais) de trabalho completa e igual.

Os serviços de atenção primária do SSC/GHC têm outra organização do processo de trabalho. São equipes estruturadas na lógica da saúde da família e comunidade, mas com uma equipe ampliada (médico, enfermeiro, dentista, assistente social e psicólogo), mas também com carga horária de trabalho reduzida (30 horas semanais) – turnos de trabalho diferentes entre trabalhadores. Portanto, foi devido a estas distintas realidades que dividimos as dificuldades e facilidades entre a SMS e o SSC/GHC, com o objetivo de melhor analisarmos as peculiaridades de cada serviço, conforme o quadro 3.

Quadro 3: Dificuldades e facilidades para prática da interconsulta conforme o serviço de origem dos participantes.

Serviço	Dificuldades	Facilidades
SMS	Definição de fluxo; falta de entendimento da importância de cada núcleo profissional / especificidade; falta de espaços instituídos; indisponibilidade da agenda dos colegas; inexistência de alguns núcleos profissionais (3)	Estrutura (2); espaços já instituídos; atividades interdisciplinares; reuniões de equipe com discussão de casos
SSC/GHC	Espaço físico (3); falta de informatização da agenda; não ter espaço oficial para discussão de caso; dificuldade de conciliar horários entre profissionais (4); supervalorização do campo biomédico; dificuldade de implantar espaços de discussão de caso; estrutura; turnos de trabalho diferentes dos trabalhadores da equipe; indisponibilidade dos colegas; muitas tarefas (2); falta de tempo para encontros interdisciplinares	Equipe multidisciplinar (5); fácil acesso aos profissionais de dentro da equipe; discussão de caso em reunião de equipes; profissionais disponíveis (4); ensino em serviço (residência e estágios); relações de trabalho horizontais (3); profissionais com o olhar mais integral; discussões interdisciplinares são valorizadas; profissionais estarem no mesmo espaço físico; vínculo entre trabalhadores e usuário e entre equipe; prontuários de família facilitam o registro
Ambos os serviços	Não ter espaço instituído para discussão de caso; dificuldade de conciliar horários; indisponibilidade dos colegas; pouca importância de outros núcleos na assistência.	Atividades interdisciplinares; reunião de equipe com discussão de casos;

Apesar dos serviços de saúde não apresentarem realidades contraditórias, as unidades têm especificidades próprias, mas que também se complementam. A dificuldade de conciliar as agendas profissionais e promover espaços interdisciplinares dentro da equipe foi um aspecto evidenciado pela maioria dos serviços tanto da SMS como do SSC/GHC.

No que se refere à estrutura dos serviços, o espaço físico/local inapropriado foi o mais evidenciado como uma das dificuldades pelos serviços do SSC/GHC. Ainda neste aspecto, a falta de informatização das agendas também foi considerada como uma dificuldade para conciliar horários para atendimentos conjuntos.

Em relação ao processo de trabalho, os trabalhadores citaram as relações horizontais entre profissionais como importantes para o cuidado compartilhado do usuário/família, bem como o vínculo entre trabalhador e usuário e entre equipe.

Relações horizontais no trabalho e vínculo entre profissionais/equipe e trabalhador com os usuários contribui para o maior exercício de interconsultas (P26).

Algumas atividades interdisciplinares como grupo, visitas domiciliares, programa da saúde escolar que aproximam os profissionais para as trocas e fortalecem a confiança mútua entre equipe (P17).

Em relação à equipe de trabalho, um dado evidenciado pelo estudo mostrou que, nas equipes onde há uma diversidade reduzida de categorias profissionais, a inexistência de alguns núcleos apareceu constitui uma dificuldade para o exercício desta prática; nas equipes com a maior diversidade de categorias profissionais, a equipe multidisciplinar apareceu como uma facilidade, pois o olhar ampliado que esta tem sobre as demandas contribui para que o

exercício das interconsultas fosse frequente e concreto. Da mesma forma, a presença dos profissionais na equipe de referência facilitava o processo de trabalho, aproximação e vínculo entre equipe e usuários.

O fato de trabalharmos numa equipe multiprofissional com prontuário de família para facilitar os registros. Os boletins de atendimentos com alertas para determinadas situações clínicas – monitoramento (P27).

Considero facilidade o fato de estarmos no mesmo espaço físico na unidade de saúde. Troca dos saberes e o exercício concreto de intervenções interdisciplinares; maior resolutividade das demandas (P21).

Outra facilidade identificada foi a relação dos serviços de saúde com o ensino (programas de residência multiprofissional em saúde e estágios acadêmicos). Os participantes avaliaram que este diálogo entre saúde e formação em serviço contribui para a qualificação e aprimoramento profissional.

Em comum, ambos os serviços de atenção primária em saúde têm como dificuldade a falta de instituição de espaços formais para discussão de caso e a indisponibilidade dos colegas para o exercício da tecnologia em virtude de não valorizarem outras especificidades profissionais e, sim, apenas o campo médico.

Ter um espaço oficial para discussão de caso por mês apenas; dificuldade de conciliar o horário com algumas categorias profissionais; a indisponibilidade/não facilidade de acesso a alguns profissionais (P5).

Referem-se principalmente a alguns profissionais que supervalorizam o campo biomédico e desconsideram ou consideram pouco relevante as outras áreas profissionais e de saberes. Ainda, certa dificuldade de implantar espaços de discussão de caso em equipe de forma sistemática (P6).

É importante destacar que a realidade não é única, pois também foi evidenciada em alguns serviços a facilidade de reuniões de equipe com discussão de caso e disponibilidade dos profissionais para atividades interdisciplinares, sendo isso compreendido como uma potencialidade.

Existem profissionais de diferentes áreas disponíveis para realização de discussão de casos, mesmo que não em momentos formais. Também existem profissionais dispostos à realização de consultas conjuntas, percebendo o potencial dessa intervenção em situações mais complexas (P25).

O estudo evidenciou, portanto, a importância de espaços instituídos para discussão de caso e disponibilidade dos profissionais para uma abordagem mais integral das necessidades de saúde.

## DISCUSSÃO

Ao analisar a compreensão que os profissionais participantes têm, como exercem e para quais demandas são solicitados ou solicitam interconsultas, fica evidente que na prática este é um instrumento dos profissionais de saúde em geral, não sendo específico a um núcleo. Para os participantes, é exercida entre diferentes profissionais da saúde e com a finalidade de atender a qualquer demanda que necessite de uma abordagem mais integral, qual seja, quando é necessário compartilhar o cuidado.

É uma ferramenta do profissional de saúde, utilizada nos momentos em que ele necessita compartilhar o cuidado de um paciente, família ou coletivo com pelo menos mais um profissional de núcleo de atuação diferente do seu (P11).

A interconsulta e o apoio matricial por ora se confundem no cenário da produção científica, mesmo que os termos estejam relacionados e se complementem em suas peculiaridades. Portanto, vale aqui registrar que, por mais que seja um dos instrumentos do processo de matriciamento – se não o principal (BRASIL, 2011) – é independente do apoio matricial. O Apoio Matricial, então, se destina a um arranjo organizacional e de gestão com a finalidade de auxiliar a assistência ao usuário e a equipe (SILVEIRA, 2011), enquanto a interconsulta se limita a ser uma ação em saúde.

Esta proximidade confunde a discussão teórica desta ação em saúde nos serviços de APS, conforme podemos observar nos resultados do estudo. Ainda, esta relação com o apoio matricial contribui para o exercício da interconsulta atribuído a algumas categorias profissionais. Primeiro, historicamente ligadas ao campo da saúde mental; e em segundo lugar, profissões que normativamente estão lotadas em equipes de apoio matricial pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008a), ou seja, é um instrumento diário do processo de trabalho.

No que se refere às demandas solicitadas para sua realização, a pesquisa identificou que a interconsulta ampliou seu campo de atuação. Há um reconhecimento pelos profissionais de saúde de que a exercitam de que é útil para outras necessidades não ligadas somente a este campo, mas também a condições crônicas e agudas. Starfield (2002) considera que “a variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro tipo de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenções” (p. 315) e que “a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento” (p. 21).

Ou seja, não se trata de um encaminhamento ou repasse da demanda para o colega, mas uma forma de compartilhar o cuidado, qualificar a assistência e desenvolver competências técnicas. O estudo identificou que a dimensão mais utilizada pelos profissionais é pela discussão de caso. Em uma das respostas, foi possível evidenciar o compromisso ético com a demanda do usuário e preocupação com a qualificação profissional:

Considero interconsulta a necessidade de avaliação complementar ao meu conhecimento, seja para conclusão diagnóstica, investigação ou acompanhamento do paciente ou família. Ficando claro que na interconsulta, eu continuo na coordenação do caso. Não é passar responsabilidade, mas sim compartilhar para melhor resolver (P28).

Carvalho e Lustosa (2008) defendem que o caráter interdisciplinar desta ação promove sua existência em diversos campos, a numa gama de necessidades para um atendimento mais integral. Afirmam que para visualização desta ação como, de fato, da saúde coletiva e como uma ferramenta de humanização é necessário haver “divulgação desta atividade, a inserção dos profissionais nos serviços de saúde e a devida pesquisa para aprimorar sempre os serviços prestados; além, também, da flexibilidade da equipe” (p. 41). Contudo, para concretização desta realidade é importante considerarmos os fatores determinantes do processo de trabalho em que estas equipes estão inseridas.

Em relação às dificuldades e facilidades, foram evidenciados atravessamentos da reestruturação produtiva do trabalho do contexto neoliberal nos espaços sócio-ocupacionais destes trabalhadores. A intensificação do trabalho com a redução da carga horária de trabalho, a terceirização e a privatização de serviços públicos, a desregulamentação do trabalho formal e o processo de trabalho destes serviços de saúde submetidos à lógica de mercado condicionam o fazer profissional (ANTUNES, 2003).

É nos espaços institucionais que se materializam as propostas neoliberais. Observamos nos relatos dos pesquisados o caráter mínimo dos recursos financeiros, materiais e humanos

para o campo social, afetando a qualidade do atendimento aos usuários e o processo de trabalho dentro da equipe. A forma como o processo de trabalho está organizado atinge diretamente a qualidade da assistência aos usuários, ficando claro na fala dos participantes a dificuldade de se concretizar um trabalho mais integral.

Ausência de um tempo específico para que os profissionais envolvidos possam reunir-se e a grande demanda para algumas profissões, onde os profissionais ficam muito presos à clínica, são as maiores dificuldades (P27).

Diversidade de atividades realizadas pelos profissionais dificulta a continuidade do caso (P28).

Muitas tarefas cotidianas, falta de tempo para encontros interdisciplinares (P13).

Consideramos a APS como “menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança” (STARFIELD, 2002, p. 29) e os participantes fizeram a mesma leitura. Reconhecem o potencial dos serviços de APS para o exercício de interconsulta e identificam como facilidades a relação horizontal entre equipe, o vínculo da equipe-profissional com o usuário e comunidade e o desenvolvimento de tecnologias leves no processo de trabalho. Outra facilidade identificada pelos pesquisados é a diversidade de categorias profissionais na equipe de referência; para eles, potencializa e tensiona a discussão de caso e atendimentos conjuntos.

A atenção primária apresenta um conjunto de funções que a configuram como a porta de entrada preferencial para a assistência à saúde, sendo o nível de atenção responsável pelo cuidado continuado e, por estar inserido no território e próximo da comunidade, possui todas as informações necessárias para compreender um problema de saúde na sua forma ampliada, no seu contexto social. Portanto, “a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividades e a equidade dos serviços de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 314).

## CONCLUSÃO

A interconsulta uma tecnologia leve que tem como objetivo a assistência e a ação pedagógica entre serviços de saúde, equipes-profissionais e usuários. Quando desenvolvida nos espaços de trabalho, permite que casos complexos sejam discutidos de forma mais integral, pois envolve diversos profissionais, bem como contribui concomitantemente para sua formação. Por meio de suas modalidades, permite que se tenha uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, sendo considerada uma atividade interprofissional e interdisciplinar em intervenção conjunta, bem como possibilita uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas.

Neste sentido, é imprescindível haver modelos de atenção que se orientem por clínica ampliada, equipes de referência e construção de projetos terapêuticos singulares. A APS, como serviço de saúde organizado para atender a maioria das demandas da população e organizada para tal assistência, configura-se como campo importante para o exercício desta tecnologia, tanto por sua estrutura, como pelas demandas aos serviços de APS, que exigem discussão, atendimento conjunto e uma constante ação pedagógica que possibilite o desenvolvimento de competências profissionais.

O trabalho desenvolvido evidenciou que esta ação ocorre nos serviços de atenção primária e que profissionais de saúde deste âmbito de cuidado estão apropriados conceitualmente desta prática, inclusive valorizando seu aspecto assistencial e de aprimoramento técnico. Além disso, a compreensão que os profissionais têm sobre a mesma

está de acordo com o referencial teórico e a desenvolvem frequentemente em seus espaços sócio-ocupacionais mais de duas vezes na semana.

O estudo evidenciou a maior aproximação e apropriação do termo que é foco do estudo por alguns núcleos profissionais, como serviço social e psicologia. Este fato pode ser compreendido pelo contexto sócio-histórico e inserção social destas profissões no cenário da saúde. Estão historicamente ligados ao campo da saúde mental e são profissões que normativamente estão lotadas em equipes de apoio matricial pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou seja, a interconsulta é um instrumento diário do processo de trabalho.

Levando em conta que o campo da APS potencializa a prática da interconsulta e que esta contribui para a integralidade da atenção neste âmbito de cuidado, considera-se importante que novos estudos aprofundem o tema e que seja incluído nas atividades de educação permanente junto às equipes de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2003. Disponível em:

<<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r50.pdf>>. Acesso em: 21 de set. 2013.

BRASIL, Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jan. 2008a.

BRASIL, Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 abr. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. CHIAVERINI Dulce Helena et. al. (org.) *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: 2011.

CARVALHO, Marcele Regine de; e LUSTOSA, Maria Alice. Interconsulta Psicológica. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a04.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2008.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006.

MELLO FILHO, Júlio de; SILVEIRA, Lia Márcia da. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413227&indexSearch=ID>> Acesso em: 28 de jul. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

SILVEIRA, Elaine Rosner. *Práticas pedagógicas na saúde: o Apoio Matricial e a Interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública*. Tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.