UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

APARECIDA BERNARDES DOS SANTOS

A utilização do Interdisciplinary Method Instrument em pessoas idosas hospitalizadas

São Paulo

2019

APARECIDA BERNARDES DOS SANTOS

A utilização do Interdisciplinary Method Instrument em pessoas idosas hospitalizadas

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 10 de maio de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração: Gestão Gerontológica

Orientadora: Prof.a Dr.a Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

São Paulo
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8-4936

Santos, Aparecida Bernardes dos

A utilização do Interdisciplinary Method Instrument em pessoas idosas hospitalizadas / Aparecida Bernardes dos Santos ; orientadora, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez. – 2019
70 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo
Versão corrigida

1. Idosos - Cuidados - Brasil. 2. Hospitalização. 3. Assistência à saúde. I. Gutierrez, Beatriz Aparecida Ozello, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 362.60981

Nome: SANTOS, Aparecida Bernardes dos

Título: A utilização do Interdisciplinary Method Instrument em pessoas idosas hospitalizadas

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Área de Concentração: Gestão Gerontológica

Aprovado em: 10 / 05 /2019

Banca Examinadora

Prof. Dr.	Caroline Ribeiro Borja	Instituição:	_____
-----------	------------------------	--------------	-------

Julgamento:	APROVADA	Assinatura:	_____
-------------	----------	-------------	-------

Prof. Dr.	Henrique Salmazo da Silva	Instituição:	_____
-----------	------------------------------	--------------	-------

Julgamento:	APROVADA	Assinatura:	_____
-------------	----------	-------------	-------

Prof. Dr.	Silvia Maria Cury Ismael	Instituição:	_____
-----------	--------------------------	--------------	-------

Julgamento:	APROVADA	Assinatura:	_____
-------------	----------	-------------	-------

“Aos meus filhos, Lucas e Larissa, amo vocês!”

À minha querida mãe (in memoriam), que me mostrou a importância e o valor do estudo”.

Agradecimentos

Aos meus filhos, Lucas e Larissa, pela compreensão e carinho, quando estive ausente para me dedicar aos estudos. Amo vocês!

Agradeço:

À Prof.^a Dr.^a Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, pelo incentivo, confiança e sabedoria por me orientar;

À Flavia Renata Fratezi, pela amizade e contribuições significativas em todas as etapas;

À Jeane Roza Quintans, pela amizade, ricas contribuições, parceria e incansável paciência;

À Thabata Barros Cruz, pela parceria de todas as horas e valiosas contribuições;

À Maria de Lourdes Dias Braz, pela amizade, incentivo, parceira no trabalho e no mestrado;

À Superintendente de Responsabilidade Social, Bernardete Weber, pela confiança, incentivo e liberação do auxílio estatístico;

Ao Lucas Petri Damiani, pela rica contribuição dos dados estatísticos;

À minha gerente executiva, Rita de Cássia Pires Coli, pelo incentivo e confiança;

Ao meu gerente, Douglas Romão, pela confiança e por facilitar minha jornada;

Aos enfermeiros Adriana de Fátima Dutra, Víctor Hugo de Melo, Samuel Firmino, Renata Alves Maia, Paulo Rogério Alves e Marcelo Lopes, pela contribuição na aplicação do instrumento na prática diária;

Ao Hospital do Coração, por possibilitar o desenvolvimento dessa pesquisa;

À minha família, meu bem maior, pelo carinho e apoio.

Lembranças de Aninha

“(colhe dos velhos plantadores...) ”

Colhe dos velhos plantadores que sabem com jeito e experiência
debulhar as espigas do passado e dar vida aos cereais da vivência.

Quanta informação antiga, quanta sabedoria inaproveitada...

O passado não volta, nem os mortos deixam suas covas
para contar estórias aos vivos.

Ninguém me alertou o entendimento. Meu avô, tia Nhorita, tia Nhá-Bá,

Tio Jacinto, Dindinha, a grande mágica Dindinha.

Alguns estranhos diziam: Dona Dindinha.

Passei pelas minas e não soube minerar,
daí a cascalheira das minhas frustrações.”

(Coralina, 1997, p.167)

RESUMO

SANTOS, Aparecida Bernardes dos. **A utilização do Interdisciplinary Method Instrument em pessoas idosas hospitalizadas em pessoas idosas hospitalizadas.** 2019. 79f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Versão Corrigida.

Com a longevidade, os indivíduos desenvolvem doenças crônicas e degenerativas, aumentando o número de internações hospitalares e, conseqüentemente, o tempo de internação. Para a gestão eficaz, é fundamental que o cuidado seja integrado. Assim, os objetivos deste estudo foram: analisar a utilização do Interdisciplinary Method Instrument (Método INTERMED) durante a internação e pós-alta hospitalar; enumerar os aspectos biopsicossociais e o sistema de saúde de pessoas idosas hospitalizadas; identificar a presença de reinternação; correlacionar os escores do INTERMED com as variáveis “tempo de permanência hospitalar” e “reinternação”. Para isso, foram utilizadas informações de banco de dados de 180 pessoas idosas internadas em hospital filantrópico do município de São Paulo, como os sociodemográficos, tempo de permanência hospitalar, número de reinternações, Método INTERMED e Escala de Mayo. Houve predomínio de participantes do sexo masculino com média de idade de 72,1 anos, casados (80,5%), e diferença significativa entre os grupos para idade, estado civil, tempo de permanência, escore do INTERMED, encaminhado ao serviço de psicologia e social, o uso de antimicrobiano e solicitação de *home care*. O escore do domínio biológico foi o de maior valor ($p=0,479$), porém não houve diferenças significativas entre os escores do INTERMED e reinternação. Nas análises de curva ROC, a área sob a curva foi de 0,426, com ponto de corte de 10/15 pontos e com sensibilidade de 0,714 e especificidade de 0,316, indicando ponto de corte ideal para o INTERMED para predição de Mayo ≥ 10 é 15 pontos. Os resultados têm que ser encarados como sua aplicação ampliada a diferentes populações e melhor avaliado sob a perspectiva de implicação no processo de trabalho diário da equipe interprofissional. No entanto, visualiza-se vantagens na operacionalização do modelo biopsicossocial, visando a integralidade do cuidado e a influência na gestão da clínica de idosos internados em instituição hospitalar. Espera-se que este estudo possa contribuir para melhoria da gestão clínica, buscando a integralidade do cuidado e aprimorar o processo de trabalho da equipe interprofissional.

Palavras-chave: Gestão hospitalar. Gestão de leitos. Gestão da clínica. Cuidado integrado.

ABSTRACT

SANTOS, Aparecida Bernardes dos. **The use of the Interdisciplinary Method Instrument in elderly persons hospitalized in hospitalized elderly persons.** 2019. 79f. Dissertation (Master of Science) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Corrected version.

With longevity, individuals develop chronic and degenerative diseases, increasing the number of hospital admissions and consequently the length of hospital stay. For effective management, it is critical that care be integrated. Thus, the objectives of this study were: to analyze the use of the Interdisciplinary Method Instrument during hospitalization and after hospital discharge; to enumerate the biopsychosocial and health system aspects of hospitalized elderly people; identify the presence of readmission; to correlate the INTERMED scores with the variables length of hospital stay and readmission. For this, we used information from a database of 180 elderly people hospitalized in a philanthropic hospital in the city of São Paulo. Data were: sociodemographic, length of hospital stay, number of readmissions, INTERMED Method and May Scale. There was a predominance of male participants, mean age of 72.1 years, married. There was a significant difference between groups for age, marital status, length of stay, INTERMED score, referral to psychology and social service, antimicrobial use and Home Care request. The biological domain score was the highest value. There were no significant differences between the INTERMED scores and re-hospitalization. The results have to be considered as preliminary, that their application has to be extended to different populations and better evaluated from the perspective of their implication in the daily work process of the interprofessional team. However, it is possible to visualize advantages in the operationalization of the biopsychosocial model aiming at the integrality of the care and its influence in the management of the clinic of elderly hospitalized in a hospital institution. It is hoped that this study may contribute to the improvement of clinical management aiming at the integrality of care and to improve the work process of the interprofessional team.

Keywords: Hospital management. Bed management. Clinic management. Integrated care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNAER	UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
HCOR	HOSPITAL DO CORAÇÃO
ICSAP	INTERNAÇÃO SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA
INTERMED	INTERDISCIPLINARY METHOD INSTRUMENT
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNIFESP	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
EACH	ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
UTI	UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
VM	VENTILAÇÃO MECÂNICA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	INTERESSE PELO TEMA.....	09
1.2	ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE.....	10
1.3	INDICADORES DE SAÚDE, INTERNAÇÃO E REINTERNAÇÃO	13
1.4	HOSPITALAR DE IDOSOS	19
1.5	AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADES BIOPSISSOCIAIS E O	21
	PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR À LUZ DO CUIDADO INTEGRADO	
	MÉTODO INTERMED E A AVALIAÇÃO DAS COMPLEXIDADES	
	BIOPSISSOCIAIS	
1.5.1	O DOMÍNIO BIOLÓGICO E A VULNERABILIDADE BIOLÓGICA	21
1.5.2	COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL: DOMÍNIO PSICOLÓGICO	24
1.5.3	COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL: DOMÍNIO SOCIAL	27
1.5.4	COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL: DOMÍNIO SISTEMA DE SAÚDE	29
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3	MÉTODOS.....	34
3.1	TIPO DE ESTUDO	34
3.2	LOCAL DE PESQUISA	34
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	35
3.4	AMOSTRAGEM	35
3.5	MÉTODO INTERMED	35
3.6	ANÁLISE DE DADOS	38
4	RESULTADOS.....	40
5	DISCUSSÃO.....	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO.....	69

APÊNDICE B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO 2.....	70
ANEXO A - MÉTODO INTERMED.....	71
ANEXO B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 INTERESSE PELO TEMA

Em minha trajetória profissional como enfermeira supervisora, vivenciei diversos desfechos negativos, decorrentes da hospitalização de pacientes idosos, como diminuição da capacidade funcional, mobilidade prejudicada, alterações psicológicas e morte.

Essa vivência despertou-me o interesse de analisar a complexidade assistencial, o tempo de permanência e a reinternação hospitalar desses pacientes, pois considero que esses fatores podem contribuir com melhores resultados, quando detectados precocemente e gerenciados até a pós-alta hospitalar.

Para isso, utilizei a ferramenta intitulada “Método INTERMED”, que correlaciona os aspectos biopsicossociais e sistemas de saúde com indicadores de qualidade utilizados no hospital durante a internação e na pós-alta.

Desde a minha formação como enfermeira, em 1994, e há vinte anos atuando como supervisora de Enfermagem em uma Unidade Hospitalar de Longa Permanência, participei de projetos e grupos focados na melhoria da assistência à pacientes crônicos. Portanto, associei a importância desse tipo de instrumento no cuidado da pessoa idosa, o qual possibilita uma avaliação multidimensional.

Nessa direção, especializei-me em Administração Hospitalar na Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), em 1995, e Gerenciamento do Serviço de Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2005, cursos que possibilitaram melhorar a minha percepção das dificuldades que afetam o cuidado do paciente idoso no contexto hospitalar.

Assim, em 2015, participei do estudo piloto realizado em uma unidade de internação do Hospital do Coração (HCor) com o objetivo de verificar a vulnerabilidade biopsicossocial de pacientes idosos hospitalizados, utilizando o método INTERMED. Esse estudo destacou a importância da integralidade do cuidado, tendo como foco principal o paciente e suas necessidades de cuidados durante a internação e após a alta hospitalar.

Esses fatores levaram-me a questionar a necessidade de garantir a integralidade do cuidado e a refletir sobre as melhorias nos processos assistenciais, o que me motivou a ingressar, em 2017, no mestrado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia na Universidade de São Paulo (USP/EACH), a fim de aprofundar os estudos sobre a temática da gestão do cuidado e a reinternação com a finalidade de contribuir na melhoria da assistência aos idosos hospitalizados.

1.2 ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE

O aumento da expectativa de vida e da longevidade tornaram fundamental a compreensão da velhice, uma etapa da vida marcada por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo e desafios a serem superados por todos os setores sociais, inclusive para a saúde pública¹.

Nesse sentido, um dos maiores desafios presentes para a saúde pública é o de oferecer serviços de qualidade que atendam aos aspectos biopsicossociais do paciente hospitalizado. Pessoas idosas hospitalizadas são, na maioria das vezes, mais frágeis e possuem maior complexidade assistencial, necessitando da participação do paciente e dos familiares no planejamento do cuidado integrado².

Assim, a integralidade do cuidado é fundamental ao identificar o foco na pessoa como o mais importante atributo de valor, sendo um dos elementos na cadeia de ações que promove a adesão ao tratamento e ao cuidado do paciente hospitalizado³.

Sabe-se que a hospitalização pode acarretar insegurança aos pacientes, pois eles adentram a um mundo desconhecido, no qual o início do tratamento normalmente constitui-se em uma somatória de situações desagradáveis. Sabe-se, ainda, que a doença e o tratamento geram mudanças difíceis para os pacientes e, também, para aqueles que estão a sua volta, principalmente, a família. Neste contexto, é importante que os profissionais da área da saúde consigam lidar com estas situações por meio da utilização de ferramentas, visando o cuidado integrado e contribuindo para a gestão hospitalar³.

Entende-se que a gestão hospitalar é a ciência que utiliza técnicas para planejar, organizar e gerenciar hospitais, clínicas, ambulatorios, centros médicos, laboratórios e unidades básicas de saúde, a fim de garantir o acesso e a qualidade da assistência, o cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor, a eficiência e transparência da aplicação dos recursos e o planejamento participativo e democrático. Definida em consonância com a Rede de Atenção à Saúde, a gestão da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza o papel do hospital na rede, a implementação de fluxos regulatórios, a contratualização, o monitoramento e a avaliação⁴.

Nesta abordagem, é preciso repensar a gestão hospitalar, pois se faz necessário ter a visão sistêmica que possibilite realizar o planejamento e organizar o cuidado de forma integral, por meio de estratégias que assegurem a construção de vínculos, trabalho em equipe interprofissional, responsabilização e socialização de informações³.

Dessa forma, um grupo de pesquisadores holandeses desenvolveu o Interdisciplinary Method Instrument - método INTERMED -, elaborado para melhorar a comunicação entre a equipe interprofissional e, ainda, para fornecer um método que conseguisse caracterizar a complexidade do caso para fins clínicos, científicos e educacionais. Os resultados desse estudo indicaram que o INTERMED é confiável para classificar o cuidado dos pacientes, segundo suas necessidades. Neste sentido, concluíram que este método pode ser uma ferramenta útil na avaliação dos pacientes que necessitam de cuidados, bem como colaborar no ajuste necessário entre prestação de serviços de saúde em geral e de saúde mental⁵.

Estudos recentes mostraram que a utilização do método INTERMED foi considerada relevante para a identificação de vulnerabilidades biopsicossociais para diferentes grupos de pacientes, tais como aqueles com esclerose múltipla e com sintomas somáticos, principalmente em relação aos aspectos psicológicos e sociais, visto que estes podem tornar ainda mais complexo o quadro clínico do indivíduo. Assim, o desenvolvimento de avaliações que identifiquem fatores de risco não-biológicos, durante avaliações médicas padrão serão consideradas benéficas para o paciente em sua integralidade⁶⁻⁸.

A identificação da complexidade assistencial do paciente hospitalizado é de extrema importância para a gestão do cuidado, já que esta é atrelada à viabilização do cuidado integrado com foco no paciente nas práticas de gestão da clínica e de leitos hospitalares, sendo, portanto, fundamental para a gestão aprimorada pelo profissional da área da saúde com foco na gestão de leitos e desospitalização em tempo adequado, sem perder o foco na

qualidade e respeitando a vulnerabilidade do paciente, principalmente, se este paciente é idoso³.

Entende-se que o envelhecimento é um processo heterogêneo marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais que variam de indivíduo para indivíduo de acordo com fatores genéticos, estilo de vida, condições sociais, condições econômicas e a presença de doenças crônicas. Esse processo também é caracterizado pela diminuição geral da capacidade funcional, sendo, portanto, evidente a crescente vulnerabilidade que pode acarretar mais dependência do idoso para a realização das atividades da vida diária⁹.

Para além, o processo de envelhecimento e o aumento da expectativa de vida possibilitaram o aumento da proporção de idosos na população em geral. No Brasil, o envelhecimento populacional e a transição demográfica aconteceram de forma rápida e sem planejamento, gerando inúmeros desafios a serem enfrentados pelos diferentes setores sociais, inclusive o de saúde⁹.

Neste setor, destaca-se o aumento na utilização dos serviços de saúde pelos idosos, haja vista que a transição demográfica é marcada pelo aumento dos índices de morbidade, maior proporção de agravos e procedimentos médicos, aumento das doenças crônico-degenerativas e as consequências que afetam a autonomia e funcionalidade dos idosos¹⁰.

A funcionalidade ou a capacidade funcional pode ser considerada um dos aspectos norteadores para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, visto que possui potencial para evidenciar o risco de dependência futura, as complicações e agravos à saúde, a probabilidade de quedas e os índices de morbidade e de mortalidade. Nesse sentido, esclarece-se que, para este estudo, o conceito de capacidade funcional é compreendido como a *“eficiência do idoso em corresponder as demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária”*¹¹.

A avaliação da capacidade funcional deve ser parte da avaliação multidimensional, visando identificar e monitorar o estado clínico-funcional do idoso, já que este parâmetro é fundamental para determinar a escolha pelo melhor tipo de intervenção, segundo as condições do indivíduo para o autocuidado, considerando seu grau de independência e a incapacidade funcional¹², a qual está intimamente relacionada ao conceito de fragilidade¹³.

Para Fhon et al. (2012):

Fragilidade é considerada como uma inevitável consequência do envelhecimento que está relacionada com os diferentes processos de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando assim, uma síndrome multidimensional que aumenta a vulnerabilidade do idoso, obtendo como resultado a diminuição das reservas fisiológicas e um aumento do declínio funcional associado com múltiplas mudanças físicas (Fhon et. al., 2012 pag. 250)

Assim, a fragilidade, segundo modelo proposto por Fried e colaboradores (2001), é uma síndrome multidimensional que pode ser identificada a partir de um fenótipo composto por cinco itens, sendo que uma ou duas alterações faz com que o idoso seja classificado como pré-frágil, e aquele com três ou mais itens como frágil. Os itens do fenótipo da fragilidade são: perda de 4,5 quilos ou mais no último ano; fadiga; redução da força; baixo nível de atividade física e redução da marcha¹⁴.

Por ser considerada uma síndrome multidimensional, a fragilidade pode resultar em mais risco de vulnerabilidade, mais probabilidade de resultados adversos e desfechos negativos, tais como hospitalizações recorrentes, quedas, institucionalização e morte¹⁴. Dessa maneira, avaliação do idoso deve englobar os aspectos pertinentes à fragilidade em todos os níveis de atenção, inclusive durante internações hospitalares, como estratégia essencial para o planejamento do cuidado¹⁴.

Salienta-se que a identificação da fragilidade em idosos hospitalizados pode contribuir para o planejamento do cuidado e da assistência, visando a programação da alta hospitalar em tempo adequado, uma vez que a longa permanência hospitalar, ou seja, a própria hospitalização potencializa os efeitos negativos da fragilização dos idosos¹⁵.

1.3 INDICADORES DE SAÚDE, INTERNAÇÃO E REINTERNAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS

O envelhecimento populacional e a transição demográfica aconteceram de forma rápida, sem planejamento e trouxe inúmeros desafios para os diferentes setores sociais, inclusive para o de saúde. No Brasil, encontramos uma situação paradoxal, pois o país apresenta indicadores econômicos em níveis incompatíveis aos dos seus indicadores sociais, inclusive os de saúde; um exemplo é a taxa de mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer. Ainda que se observe tendência de melhoria para alguns indicadores de saúde no país,

a reduzida velocidade dessas tendências propicia a persistência ou a percepção das desigualdades¹⁶.

Destaca-se que o envelhecimento da população ocorre em condições que associam múltiplos riscos, amplifica as chances de ocorrência de várias doenças, aumentando a carga mórbida e reduzindo a qualidade de vida de um grupo populacional. Sabe-se que os benefícios na melhoria de indicadores de saúde não são alcançados de forma homogênea por todos os grupos populacionais, o que contribui para a manutenção de carga persistente de morbidade, mesmo referindo-se a problemas em que reduções sejam observadas, o que não reduz determinados patamares. Ainda que as políticas de saúde tenham possibilidade de ampliação dos benefícios para grupos populacionais excluídos desse processo, a articulação com outras políticas públicas adquire relevância ímpar na redução das causas e riscos. Sem essa articulação, serão mantidas as desigualdades nos padrões epidemiológicos atuais. Tais políticas e ações, devem ser, necessariamente, dirigidas para os determinantes das doenças, visando ao enfrentamento da complexidade da sua produção¹⁶.

Os autores destacaram que a frequência de qualquer doença, com raras exceções, aumenta com a redução dos níveis socioeconômicos dos grupos sociais. Há evidências de que a estratificação populacional, de acordo com esses níveis, define, também, estratos diferenciados nos níveis de saúde. Os dados demonstraram que considerando a composição de grupos de causas da morbidade hospitalar, entre os mesmos grupos analisados para a mortalidade, foi verificada que as doenças cardiovasculares representaram a segunda causa de internações na população estudada, seguidas pelas doenças respiratórias. Sabe-se que entre as principais causas de óbito e internamentos nesta população estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. Entretanto, já se observam tendências recentes de redução da mortalidade por algumas causas específicas de doenças cardiovasculares, suficientes para redução das taxas nesse grupo de causa. No grupo das doenças infecciosas, além da redução na mortalidade, observa-se também diminuição significativa na morbidade por um conjunto importante de doenças¹⁶.

Em estudo realizado para levantar as causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi detectada que a razão de proporções internações/população foi duas vezes maior entre idosos do que entre adultos mais jovens: o motivo se dá pelo aumento gradual da idade, chegando a três e quatro vezes maior entre os idosos mais velhos. Os autores relataram que essas taxas maiores são consistentes, como já

mostraram estudos desenvolvidos no Brasil com dados secundários e primários, e semelhante ao encontrado na população norte-americana¹⁷.

Além disso, a literatura apontou que a maior utilização de serviços hospitalares por idosos repercute em mais ocorrência de doenças e condições crônicas nessa fase da vida, muitas vezes, com mais intensidade e gravidade. Sabe-se que as maiores taxas de hospitalizações para a população SUS-dependente decorrem da utilização de um denominador menor para o seu cálculo, que considera a parcela da população brasileira que dispõe unicamente do SUS para o seu atendimento hospitalar. Desta forma, a utilização dessa população para o cálculo da taxa de internação hospitalar resulta em valores mais próximos da realidade na esfera da assistência hospitalar pública¹⁷.

Assim, ao comparar a população idosa e adulta quanto aos motivos pelos quais foram internadas, foi identificada relação com as causas mais frequentes de internação, os adultos apresentaram alguma variabilidade em função do sexo, ao passo que a população idosa apresenta mais homogeneidade. As doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo respondem por aproximadamente 60% das causas de internação para ambos os sexos. Destaca-se outra relação com maiores taxas de internação observadas entre idosos, visto a constatação do predomínio de internações por doenças do aparelho circulatório e respiratório entre idosos não difere do observado anteriormente. As causas de internação mais comuns entre idosos correspondem a doenças cuja ocorrência e agravamento podem ser minimizados com a adoção individual de novos hábitos de vida e também intervenções dos serviços de saúde¹⁷.

Loyola et al. descreveram que vários fatores conduzem à pertinência da realização de estudos com base em dados do SIH-SUS. Estes mesmos autores descreveram, ainda, que as elevadas taxas de cobertura do sistema para internações no Brasil permitem supor que o quadro real de morbidade hospitalar brasileira se aproxime daquele evidenciado pelo SIH-SUS. Assim, os resultados identificaram que o risco de hospitalizações da população idosa foi acentuadamente mais alto do que de adultos mais jovens (20-59 anos), tanto no que se refere às taxas gerais quanto às específicas por causa de hospitalização¹⁷.

Os dados do estudo de Loyola et al. mostraram também que as causas mais importantes de internações hospitalares entre os idosos, para ambos os sexos, nas faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80+ anos, foram insuficiência cardíaca, seguida por bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias. Outro

resultado importante é que o padrão da morbidade hospitalar da população idosa, com importantes diferenças em relação ao padrão equivalente para os adultos mais jovens: entre os primeiros, predominavam as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo como causas de internações; ao passo que, entre os últimos, as causas mais frequentes foram as doenças do aparelho digestivo e as causas externas, nos homens, e doenças do aparelho geniturinário, gravidez e puerpério nas mulheres¹⁷.

Ferreira, em seu estudo, encontrou que internações foram mais frequentes no sexo feminino e nos adultos. As Internações por Causas de Internação Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em maiores de quarenta anos de idade representaram mais de 60% dessas internações e suas principais causas foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças infecciosas. Os diagnósticos mais frequentes nas ICSAP foram insuficiência cardíaca, angina, infecções do rim e do trato urinário, gastroenterites infecciosas e suas complicações e as doenças cerebrovasculares, que variaram segundo a faixa etária estudada. Os diagnósticos mais frequentes encontrados em adultos dizem respeito às doenças do aparelho circulatório¹⁸.

Estes resultados alertam para a necessidade da prevenção e do controle dessas doenças e, ainda, da possível relação direta com o desempenho dos serviços de atenção primária. Nesse contexto, a magnitude da ocorrência desse tipo de internação detectada nesse estudo apontou para a necessidade de atentar-se à gestão da rede de atenção primária, no sentido de adequá-la às necessidades da população definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde regional. Um olhar que também deve se dirigir ao melhor uso dos recursos disponíveis nessa rede regional de saúde e ao dimensionamento de seus vazios assistenciais para que os investimentos sejam mais eficientes¹⁸.

Quanto à idade dos indivíduos internados, os dados encontrados apontaram que quase metade (46,6%) das ICSAP, nos anos estudados, foram de idosos (acima de 59 anos). A ocorrência de ICSAP em idosos, além de outros fatores, pode estar relacionada tanto às limitações de acesso mais comuns nessa população (dificuldade de locomoção e transporte, alto grau de dependência) como ao próprio envelhecimento da população brasileira, acompanhado do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Perpetuo e Wong, ao estudarem as ICSAPs sob o foco do padrão etário da população investigada, também observaram um aumento contínuo de ICSAP em idosos¹⁸.

Os dados remontaram, entre outros fatores, a importância da programação da oferta de ações de saúde para o diagnóstico, tratamento e/ou prevenção das doenças que mais

acometem a população, além de atividades de promoção da saúde potencialmente - e positivamente - impactantes na prevenção, assistência e controle desses agravos. Vale notar que a oferta de ações de saúde deve-se articular com outras atividades de promoção do acesso da população a esses serviços¹⁹. Ressalta-se, também, que diagnósticos como os deste estudo acometem, igualmente, uma parcela importante da população economicamente ativa, repercutindo tanto no âmbito pessoal quanto social desses indivíduos¹⁸.

Os cuidados de saúde destinados a pacientes idosos têm sido assunto frequente na literatura nos últimos anos. O crescimento do número de pessoas com sessenta anos ou mais, bem como da expectativa de vida, traduz um aumento nas admissões de pacientes nessa faixa etária nas UTIs. Com isso, as comorbidades, a função cognitiva e o estado funcional passam a ser componentes importantes dos cuidados²⁰.

Feijó identificou o predomínio do sexo feminino, ainda mais evidente nos indivíduos muito idosos (85 anos ou mais); assim, como trabalhos anteriores demonstraram, o sexo não influenciou o prognóstico dos pacientes idosos admitidos na UTI. Se reconhece que a gravidade da doença aguda influencia a evolução dos pacientes, constituindo a base dos sistemas de escores usados regularmente para identificar os pacientes graves²⁰.

Importante destacar que os pacientes idosos graves são submetidos a menos procedimentos invasivos e menos intervenções onerosas quando comparados a pacientes jovens com disfunções semelhantes. Essa distribuição preferencial dos serviços hospitalares para pacientes mais jovens não parece ter como base as características dos distúrbios agudos²². Não houve associação significativa da idade com a mortalidade, nem com o tempo de permanência na UTI. Como já descrito, não é a idade que determina um pior prognóstico, mas, sim, os fatores associados, como a gravidade da disfunção aguda, as comorbidades e o estado funcional antes da admissão na UTI²⁰.

O idoso, proporcionalmente, tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, levando ao aumento nos gastos em saúde, já que o custo tende a ser maior do que em outras faixas etárias. Estudos apontaram que as principais causas de internação nos três anos de análise (1995, 1996 e 1997) foram as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo. Os achados demonstraram que nos idosos as principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório, doenças do olho e anexos, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Além de diferenças na prevalência de doenças

nas populações estudadas, outro fator que pode explicar os resultados divergentes obtidos nos dois estudos é o perfil das unidades analisadas²¹. Nesse mesmo estudo, a análise dos dados com mais detalhamento mostrou que catarata senil incipiente, hiperplasia de próstata, insuficiência cardíaca congestiva e bloqueio atrioventricular total foram os diagnósticos primários mais frequentes entre os hospitais. As doenças do olho e anexos obtiveram o segundo lugar, fato que pode explicar a grande proporção de hospitalizações observadas, especialmente nos hospitais universitários, na especialidade de cirurgia²¹.

Laizo objetivou apresentar as complicações que aumentavam a permanência na UTI dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Foram analisados, retrospectivamente, 85 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e, destes, foram estudados 14 (16,47%) que permaneceram por mais de cinco dias na UTI. Dentre os 85 pacientes, houve três óbitos, sendo dois operados em caráter de urgência, o que aumenta a morbidade, e um indivíduo que permaneceu internado e em ventilação mecânica (VM) por 21 dias. O estudo mostrou que as complicações, que aumentaram o tempo de internação na UTI, foram respiratórias e metabólicas, de acordo com a literatura 2. As complicações que aumentam o tempo de permanência na UTI são as relacionadas à função respiratória, doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo, congestão pulmonar, desmame da VM prolongado, diabetes, infecções, insuficiência renal, acidente vascular encefálico e instabilidade hemodinâmica²².

A literatura cita que há predomínio do sexo feminino, o número médio de medicamentos em uso (3,65 fármacos) com tendência à polifarmácia. Estudo mostra haver associação entre a baixa capacidade funcional, déficit cognitivo e estado confusional agudo (*delirium*), sendo o último com taxa de 27,7% e tempo médio de internação em torno de treze dias. A literatura aponta a variação de oito a quinze dias de hospitalização, assim, é necessário implementar a estratégia na formação de equipes interprofissionais, cujos objetivos são determinar mais precisamente os problemas nas dimensões clínica, psicossocial, funcional e ambiental, bem como desenvolver estratégias de intervenção e acompanhamento. Observou-se no presente estudo correlação entre a piora da capacidade funcional ou óbito e a piora clínica nos pacientes. Dentre aqueles que faleceram durante o período de internação, três quartos dos participantes apresentaram baixa capacidade funcional, evidenciando assim a importância de indicadores do estado funcional associados a variáveis clínicas. Essa informação é importante para predição de mortalidade em pacientes idosos hospitalizados, tais quais de complicações como úlcera por pressão, rebaixamento do nível de consciência e broncopneumonia²³.

Buscou-se, com a criação do Sistema Único de Saúde, a realização de um trabalho pela integralidade da assistência, prevenção, recuperação, pesquisa e educação em saúde. Desta forma, destaca-se que o tempo de internação e imobilidade no leito podem repercutir na força muscular respiratória e na capacidade funcional dos pacientes, e uma equipe multiprofissional interfere de modo positivo no prognóstico funcional. Outro ponto é a alta precoce, pois incentiva a reabilitação, que exige conhecimento de vários profissionais a respeito da saúde funcional e enfatiza a interação da equipe interdisciplinar para continuidade aos cuidados e prevenção de agravos. Em estudo realizado em um Hospital Escola de São José do Rio Preto, com 88 indivíduos, adultos ou idosos, reinternados em enfermarias, com o objetivo de identificar a importância das orientações realizadas no âmbito hospitalar após a alta no entendimento do paciente sobre seu estado de saúde para diminuição da internação hospitalar e manutenção dos cuidados no domicílio pelo planejamento de alta. Casuística e os achados demonstraram que 71% relataram que não foram encaminhados para reabilitação ambulatorial e 90% não foram encaminhados para centros de reabilitação; 51% receberam orientações da equipe de reabilitação antes da alta em sua última internação, e destes, 67% seguiram as orientações dadas. Destaca-se a importância no acompanhamento do usuário do Sistema Único de Saúde no processo de alta hospitalar por meio de orientações, partindo do pressuposto da integralidade, pois a carência destas atividades gera falta de conhecimento e preparo nos cuidados prestados, o que pode gerar possíveis complicações secundárias e novas reinternações²⁴.

Uma vez que a hospitalização acarreta mais fragilidade e efeitos negativos para a qualidade de vida dos idosos, é prioritário que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada, desenvolvendo avaliações que identifiquem detalhes multidimensionais da vida da pessoa, tais como aspectos sociais, psicológicos e físicos¹⁶.

Assim, avaliações que possibilitem identificar as vulnerabilidades biopsicossociais do idoso é essencial para o planejamento do cuidado integrado e do processo de alta hospitalar.

1.4 AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADES BIOPSIKOSSOCIAIS E O PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR À LUZ DO CUIDADO INTEGRADO

A compreensão do conceito de vulnerabilidade, por estudos mais recentes, considera que é um constructo social, ou seja, os contextos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos os tornam mais, ou menos, propensos ao risco quando comparados a outras pessoas inseridas em contextos sociais distintos. Assim, as questões relacionadas às desigualdades sociopolíticas e econômicas moldam o perfil de vulnerabilidade, visto que esta definição perpassa a existência do estresse para além da simples existência vislumbrando, também, a maneira como o indivíduo se adapta e lida com isso, ou seja, sua resiliência²⁶.

Nessa linha de pensamento, as questões sociopolíticas e econômicas são fundamentais para o estudo da vulnerabilidade na velhice. Sua utilidade consiste na possibilidade de poder identificar entre os idosos quais são os vulneráveis e por quê o são, pois a idade, per si, deixa de ser considerada um fator determinante para classificar o indivíduo como vulnerável, visto que, mesmo em condições adversas, alguns idosos (re)significam tal situação acarretando em desenvolvimento pessoal e aprendizagem^{26,27}.

Assim, a identificação de vulnerabilidade entre os idosos possibilita a alocação de recursos para aqueles indivíduos que apresentam mais risco de desenvolver desfechos negativos²⁷. Segundo Maia (2011), a vulnerabilidade física e social do idoso, residente no município de São Paulo, estava relacionada à fragilidade, diminuição da capacidade funcional e óbito²⁸.

Para além, ressalta-se que a vulnerabilidade torna-se mais impactante quando o idoso sofre hospitalização, visto que a recuperação de sua saúde acontece de forma mais lenta e complicada, aumentando, portanto, os índices de morbimortalidade e de permanência hospitalar com consequências negativas para a sua qualidade de vida, evidenciada pela redução de autonomia, independência e funcionalidade. Assim, a identificação de vulnerabilidades biopsicossociais do idoso no momento da hospitalização favorece o processo de alta hospitalar, à medida que intervenções para evitar, postergar e suprir possíveis dificuldades poderão ser elaboradas à luz do cuidado integrado²⁹.

O cuidado integrado, apesar de ser uma necessidade, ainda precisa ser melhor compreendido entre os profissionais da saúde, os gestores e os próprios usuários dos serviços. Perante tal realidade, evidencia-se a importância de discussões que potencializem abordagens multidimensionais para o cuidado sob a vertente do conceito mais amplo de saúde^{30,31}.

Assim, as avaliações de pacientes devem abranger além das condições físicas dos indivíduos, principalmente no idoso, já que este indivíduo pode apresentar diversas

vulnerabilidades, inclusive dificuldades de acesso aos serviços de saúde de qualidade e no tempo oportuno. Entretanto, o sistema de saúde carece de ações abrangentes, posto que as ações empregadas ainda são reducionistas e as avaliações biopsicossociais permanecem negligenciadas, ao passo que as medidas curativas prevalecem sobre as preventivas, encarecendo e aumentando os custos de todo o sistema³¹.

Nessa abordagem, os gastos do SUS com internação de idosos em 2012, per capita, variou entre 63 a 179 reais³². Essa situação apresenta a tendência de elevação, já que se evidencia frequentes internações com mais tempo de permanência hospitalar. Nesse contexto, ações mais amplas e resolutivas que priorizem o cuidado integrado podem ser utilizadas para alcançar a melhor assistência com menos custos ao sistema de saúde^{33,34}.

Isso se faz necessário, porque a hospitalização e os cuidados devem considerar o prognóstico do paciente, a capacidade de enfrentamento e autogoverno, os recursos sociais e institucionais (de saúde) para o correto planejamento dos cuidados. Nesse sentido, destaca-se o método INTERMED para a organização dessas ações.

1.5 MÉTODO INTERMED E A AVALIAÇÃO DAS COMPLEXIDADES BIOPSISSOCIAIS

Frente à disponibilidade de vários instrumentos que viabilizam a avaliação de vulnerabilidades biopsicossociais, optou-se pelo método INTERMED, pois essa ferramenta possui características que favorecem tal avaliação e o cuidado integrado, conforme os domínios que compõem o método, sendo eles: biológico, psicológico, social, acesso e a utilização dos serviços de saúde. Assim, torna-se fundamental a compreensão destes domínios, conforme proposto pelos autores do método e descrito em seu manual de utilização³⁵.

1.5.1 DOMÍNIO BIOLÓGICO E A VULNERABILIDADE BIOLÓGICA

Com a introdução do sistema integrado de casos (INTERMED), a atenção ao domínio da saúde física perdeu sua posição de dominância perante os demais. O biológico trata da duração e da gravidade da doença física do paciente, da complexidade do diagnóstico e da interação de doenças com os demais aspectos da vida do indivíduo³⁵.

Este domínio é composto pelos seguintes aspectos de investigação:

- Histórico: cronicidade e dilema diagnóstico;
- Estado atual: gravidade/comprometimento dos sintomas e desafio diagnóstico/terapêutico; e
- Vulnerabilidade: complicações e ameaças à vida.

Estes tópicos são investigados de forma independente perante à complexidade física do paciente, todavia devem ser considerados de forma integrada. Ressalta-se que o objetivo final associado à investigação destes itens de complexidade biológica é ajudar o paciente a compreender e superar os obstáculos relacionados às suas condições médicas gerais que interferem na estabilidade da saúde³⁵.

Em relação ao “histórico-cronicidade”, as pontuações de risco são baseadas em se o paciente sofreu algum período de queixas físicas ou doenças nos últimos cinco anos. É importante observar se as queixas ou doenças³⁵:

- foram efetivamente tratadas, permitindo assim que os sintomas desaparecessem;
- os sintomas desapareceram espontaneamente e não retornaram;
- foram intermitentes, mas com pouca consequência, além de sintomas leves e/ou inconvenientes;
- eram crônicas e exigiam cuidados contínuos.

Se o paciente tiver uma doença crônica ou várias doenças crônicas, há várias implicações sobre o paciente. Em primeiro lugar, ele deve ter ou desenvolver uma relação de longo prazo com, pelo menos, um profissional de saúde primária. Além disso, a qualidade desta relação é muito importante, pois prevê a aderência do paciente e os esforços feitos para recuperar a saúde do mesmo. Com isso, deve-se atentar para o domínio que aborda o acesso aos serviços de saúde³⁵.

Destaca-se, também, que aqueles pacientes que sofrem de doença crônica ou aguda grave (que altera o estilo de vida e, geralmente, requer a adoção de comportamentos saudáveis) precisam se adaptar e, para isso, devem possuir capacidade para lidar com frustração e limitações de estilo de vida e/ou iniciar atividades relacionadas à saúde, como fazer dieta, exercitar ou tomar medicação. Isso relaciona o tópico da cronicidade com os itens do domínio psicológico “barreiras ao enfrentamento” e “resistência ao tratamento”³⁵.

Para além, evidências epidemiológicas indicam que as doenças crônicas tendem a se agrupar, ou seja, um terço dos pacientes com este tipo de doença terá mais de uma morbidade

crônica. Um aspecto crucial no tratamento de pacientes com múltiplas doenças é o ajuste e a coordenação de seus tratamentos individuais. Com isso, nota-se a relevância dos itens do sistema de saúde "recebendo serviços necessários" e "coordenação de cuidados"³⁵.

Portanto, marcar uma ou várias doenças crônicas nesta avaliação de risco deve desencadear automaticamente a necessidade de plano de tratamento integrado que inclua os princípios do cuidado crônico: cuidados interdisciplinares longitudinais, incluindo componentes psicossociais; foco na adesão ao tratamento; e atenção à qualidade da relação entre pacientes e os profissionais de saúde³⁵.

Em relação ao “histórico - dilema diagnóstico”, as pontuações de risco referem-se à dificuldade apresentada em se definir um diagnóstico. Muitas vezes, queixas físicas indicam uma doença física. No entanto, a maioria das queixas físicas (cerca de 70% daquelas observadas em pacientes de cuidados primários) desaparece gradualmente e não pode ser atribuída por médicos a uma doença específica. Isso pode estar relacionado a vários fatores, tais como a presença de uma condição patológica que necessita de inúmeros exames de apoio diagnósticos para ser definida. Além disso, os sintomas físicos podem ser uma manifestação de transtorno psiquiátrico. Por exemplo, pacientes com transtorno de pânico experimentam sintomas físicos durante ataques de pânico, incluindo dor no tórax, tonturas, boca seca ou sensação de formigamento nas extremidades³⁵.

A doença que criou um dilema diagnóstico, muitas vezes, pode prever os futuros desafios diagnósticos e terapêuticos ou pode ser uma indicação de que há risco de contribuições psiquiátricas mais duradouras para o desenvolvimento e persistência de sintomas. Estes dilemas diagnósticos que o paciente apresentou também podem influenciar nas interações dos pacientes com as percepções do profissional de saúde e na confiança no sistema de prestação de cuidados de saúde (experiência de tratamento)³⁵.

Os sintomas não resolvidos podem decepcionar os pacientes e os médicos e resultar em hostilidade velada, diminuição da cooperação do paciente, realização de testes e tratamentos desnecessários, remessas infrutíferas e/ou negligências. Por esse motivo, o esclarecimento sobre o que causou o dilema diagnóstico e a forma como ele contribui para a resistência atual do tratamento é uma atividade importante³⁵.

Perante “Estado atual – Gravidade dos sintomas/comprometimento” cabe salientar que a gravidade das queixas físicas dos pacientes é um determinante importante de sua capacidade funcional e independência, além de despertar preocupações sobre possíveis vulnerabilidades futuras, já que queixas físicas mais graves e deficiências relacionadas podem

exigir mais atenção ao planejamento ou ao acompanhamento de reabilitação para evitar o risco do paciente se tornar persistente, sintomático ou dependente da ajuda da família e amigos³⁵.

Se o nível de sintoma ou comprometimento for significativo com a probabilidade de necessidade de assistência futura, os fatores sociais requerem atenção adicional, por exemplo, a necessidade de apoio social e as preocupações com os meios de subsistência. Além disso, deve-se também se atentar quanto aos aspectos de acesso ao sistema de saúde, já que esses fatores podem criar múltiplas vulnerabilidades³⁵.

Já no aspecto “Estado atual – Desafio diagnóstico/terapêutico”, os pacientes podem apresentar sintomas físicos obscuros ou serem resistentes ao tratamento. Em relação aos sintomas físicos obscuros, tal situação pode acontecer quando são causados por uma doença rara (incomum), uma condição no início do seu desenvolvimento, uma apresentação atípica de uma doença comum, um aumento da sensação corporal normal e manifestação sobre doenças psiquiátricas. A resistência ao tratamento, por outro lado, pode se relacionar com incerteza diagnóstica ou diagnóstico incorreto, não-adesão, instruções de tratamento ruins ou incorretas, doença resistente ao tratamento, uso de tratamentos ineficazes, necessidade de uma combinação de tratamentos e tratamento para uma doença quando nenhuma condição física está presente³⁵.

Assim, a compreensão sobre os desafios diagnósticos ou terapêuticos pode fazer uma grande diferença para o estado clínico e funcional do paciente para a utilização adequada de recursos e diminuição do risco de iatrogenias. Portanto, é um aspecto no qual a revisão cuidadosa de informações clínicas e discussões com profissionais podem ser particularmente úteis³⁵.

Por fim, o aspecto “Vulnerabilidade - Complicações e Ameaça à Vida” avalia o risco de recorrência, piora da saúde, de comprometimento adicional durante os três a seis meses após o paciente retornar aos seus cuidados padrão. Este é um julgamento clínico que deve ser realizado pelo profissional de saúde que acompanha o caso. A intenção é proteger o paciente de problemas futuros, de forma que possa ter autonomia em seu cuidado³⁵.

Esta é uma das razões pelas quais, a partir do primeiro dia de assistência à saúde - quando o relacionamento entre paciente e profissional é estabelecido - o indivíduo e seus familiares devem ser capacitados para o autocuidado, ou seja, deve ser realizado um planejamento de alta. Claramente, existem alguns pacientes, como aqueles com demência, sem recursos pessoais ou um sistema de suporte inexistente, em quem o autocuidado não pode ser esperado. Com isso, pode ser necessário que o profissional de saúde mantenha uma

relação de longo prazo. Para além, é necessário dispensar atenção significativa aos itens no domínio social³⁵.

1.5.2 COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL: DOMÍNIO PSICOLÓGICO

O domínio psicológico aborda a capacidade do paciente de se adaptar ao seu meio ambiente, seguir as recomendações de saúde dos profissionais e acessar e receber tratamento para doenças psiquiátricas que levam ao sofrimento pessoal e disfunção. Este domínio é composto pelos seguintes tópicos de investigação³⁵:

- Histórico: barreiras de enfrentamento e história de saúde mental;
- Estado atual: resistência ao tratamento e sintomas de saúde mental; e
- Vulnerabilidade: ameaça à saúde mental.

Em relação ao aspecto “Histórico - Barreiras de enfrentamento”, salienta-se que as habilidades de enfrentamento dos pacientes influenciam a forma como estes experimentam distúrbios mentais e físicos, como descrevem sintomas para seus médicos e aderem às recomendações de tratamento. Essas habilidades também afetam a forma como os pacientes interagem e trabalham com profissionais de saúde e com outros que podem entrar em contato durante o restabelecimento de sua condição ideal de saúde³⁵.

Um requisito importante para o enfrentamento efetivo é um processamento cognitivo adequado. Pacientes com deficiência cognitiva e/ou atrasos no desenvolvimento podem apresentar limitações em sua capacidade de tomada de decisão, resultando em habilidade de enfrentamento prejudicada para resolver problemas de forma efetiva e associada. Isso leva a mais vulnerabilidade e manifestações comportamentais associadas (por exemplo, aumento da ansiedade, raiva e paranoia), quando envolvidas a circunstâncias desafiadoras, como doença aguda grave ou crônica. Esses pacientes acham difícil compreender o impacto e as consequências de seus problemas; além disso, eles podem não reconhecer ou ser tão facilmente capazes de seguir conselhos ou sugestões sobre como podem participar na melhoria da saúde³⁵.

Pacientes com certos traços ou distúrbios de personalidade também podem achar difícil responder adequadamente a problemas de saúde ou aos profissionais que os desenvolvem e administram o tratamento. Exemplos de traços de personalidade que podem

prejudicar os comportamentos produtivos da saúde são: procrastinação, irritabilidade, pessimismo, resistência, paranoia, etc. Para além, em casos mais extremos, transtornos de personalidade podem se manifestar com negligência grosseira de saúde, automutilação, ameaças e tentativas de suicídio³⁵.

Outra situação em que as habilidades de enfrentamento podem ser prejudicadas é quando são usadas substâncias, como drogas ilícitas ou farmacêuticas (para aliviar os estresses relacionados à doença). O abuso desse tipo de substância pode ser sutil, como quando os medicamentos prescritos são usados em excesso e em doses superiores à necessária para a doença. Alternativamente, o abuso de drogas pode ser identificado sob a forma de intoxicação, intolerância, interrupção social e condições prejudiciais à saúde³⁵.

Embora inexista uma solução rápida para as dificuldades de enfrentamento, é primordial reconhecer as restrições existentes nesta área e tomar medidas para ajudar o paciente, incluindo cuidadores e familiares, a reduzirem fatores de estresse e desenvolverem habilidades de enfrentamento³⁵.

Em relação ao aspecto “Histórico - História da Saúde Mental”, entende-se que pacientes com histórico de dificuldades de saúde mental em qualquer momento no passado têm uma vulnerabilidade aumentada para episódios repetidos. É por isso que um histórico negativo de saúde mental no único item já acarreta risco para toda a vida e, muitas vezes, o rastreio para comorbidade psiquiátrica é uma reflexão tardia durante as avaliações médicas gerais, mas não fazê-lo pode ter consequências negativas para os desfechos de condição física e mental³⁵.

Finalmente, uma vez que as dificuldades psiquiátricas passadas estão associadas a episódios futuros, é importante incluir uma avaliação atual das contribuições de saúde mental para os sintomas físicos, particularmente se as condições médicas gerais são mal controladas ou resistentes ao tratamento³⁵.

O aspecto “Estado atual - Resistência ao tratamento” avalia o interesse dos pacientes em cumprir as recomendações de tratamento e a capacidade de fazê-lo. Se o paciente adere ao tratamento, os resultados melhoram. Caso contrário, sua condição de saúde geralmente se deteriora³⁵.

A resistência ativa ou passiva ao tratamento, conforme o implícito neste item, é apenas uma das muitas razões para a não adesão ao tratamento. No entanto, é uma questão importante

que deve ser discutida diretamente com o paciente e cuidador/familiares. A colaboração dos pacientes, no entanto, é determinada por múltiplos fatores, tais como:

- capacidade do paciente para apreciar e responder eficazmente aos problemas;
- experiências negativas anteriores com profissional de saúde;
- complexidade de obter os próprios tratamentos; e
- coordenação utilizada entre os prestadores de cuidados de saúde.

Qualquer um desses fatores pode desempenhar um papel no nível de frustração sentida pelos pacientes e sua vontade de cooperar. A resistência, no entanto, pode ser muito mais pessoal e direta. Por exemplo, o paciente pode não gostar de tomar medicação ou pode preferir uma alternativa à medicina tradicional, mas não compartilhar essa informação com os profissionais de saúde³⁵.

Já o aspecto “Estado atual - Sintomas de saúde mental” destaca a importância em se diferenciar os pacientes com manifestações ativas de graves condições psiquiátricas, como esquizofrenia, autismo, dependência de substâncias, transtorno bipolar, transtornos alimentares, etc., daqueles com sintomas leves de saúde mental, como sentir-se tenso ou irritado, apresentando dificuldade em concentração ou memória, ou, ainda, dificuldade em administrar raiva ou impulsos. No primeiro caso, um psiquiatra deve ser envolvido com outros especialistas em saúde mental, como psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Para aqueles com sintomas de saúde mental menos graves, cuidados médicos mentais focados podem ser fornecidos por outros especialistas comportamentais, como psicólogos, terapeutas familiares, conselheiros e outros³⁵.

Os sintomas de saúde mental são muito importantes já que eles predizem o grau em que os pacientes podem escutar e seguir o conselho de seu médico clínico geral e agir em seu próprio nome para recuperar a saúde mental e física. Para além, esses sintomas podem afetar as relações pessoais (relações familiares e sociais) e interferir na disponibilidade de suporte (suporte social), acarretando, portanto, possíveis vulnerabilidades.

Por fim, o aspecto “Vulnerabilidade - Ameaça de saúde mental”, assim como no domínio biológico, é importante assumir os riscos de complexidade psicológica descritos em "História" e "Estado atual" e dispender atenção especial aos comprometimentos cognitivos para avaliar o risco de problemas na função mental durante os três a seis meses após o retorno do paciente ao cuidado padrão. O julgamento clínico, realizado pelo profissional de saúde, é

necessário para proteger o paciente de futuros problemas de saúde mental e verificar a disponibilidade de suporte social³⁵.

1.5.3 COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL: DOMÍNIO SOCIAL

O domínio social aborda a estabilidade financeira e residencial do paciente, as relações interpessoais, a capacidade de interagir eficazmente com outras pessoas e o nível de suporte disponível quando ocorrem dificuldades ou crises. Quando os problemas estão ausentes nessas áreas, podem ser esperados melhores resultados relacionados aos cuidados de saúde²⁶.

O domínio social é composto por:

- Histórico: trabalho e lazer; relacionamentos;
- Estado atual: estabilidade residencial e suporte social; e
- Vulnerabilidade: vulnerabilidade social.

O aspecto “Histórico – Trabalho e lazer” retrata que os pacientes que, historicamente, conseguiram manter uma vida social ativa, manter um emprego ou interagir têm mais probabilidade de ter acesso a apoio futuro e recursos financeiros. Eles estão melhor equipados para responder a crises do que aqueles que não possuem essas habilidades³⁵.

Pacientes que leem livros ou buscam passatempos com alguma regularidade também podem ser mais propensos a participar ativamente do tratamento pessoal e manter comportamentos preventivos de saúde. Por outro lado, aqueles que passam a maior parte do tempo livre assistindo televisão ou jogando videogames (atividades passivas) não estarão incluídos entre aqueles com atividades de lazer ou comportamentos produtivos, pois exigem poucas habilidades sociais³⁵.

Em relação ao aspecto “Histórico – Relacionamentos”, depara-se com a questão da existência de conflitos. O conflito é uma parte da experiência humana; no entanto, conflitos repetidos em vários relacionamentos (por exemplo, com um parceiro, com membros da família, no trabalho, com colegas de classe ou com amigos) podem ser associados a mais riscos de complexidade. Esse conflito pode ser associado aos estressores de ter uma criança com altas necessidades de desenvolvimento, declínio cognitivo em idosos, baixo controle de impulso em paciente com traços de personalidade ineficazes ou sintomas psicóticos em uma pessoa com uma doença psiquiátrica³⁵.

Independentemente da etiologia, o envolvimento repetido em relações sociais perturbadoras ou situações tipificadas por agressões físicas repetitivas, ameaças, gritos ou abuso psicológico devem ser levados em consideração à medida que um plano de cuidados é

desenvolvido, uma vez que os problemas que informam relacionamentos levam ao isolamento, abandono e/ou restrições de cuidados³⁵.

O aspecto “Estado atual - Estabilidade Residencial” avalia se o paciente tem um lugar estável para viver. Também se centra em saber se a situação deste é propícia para o seu adequado cuidado. Nesse sentido, cita-se como exemplo o caso de um paciente idoso com demência ou deficiência física, visto que nessas situações é essencial identificar a presença de suporte disponível de um parceiro saudável ou cuidador alternativo³⁵.

À medida que as necessidades de saúde aumentam, os ambientes com mais capacidade de supervisão tornam-se necessários, assim como a necessidade de transferência de um idoso hospitalizado para um hospital de retaguarda ou uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI)³⁵.

Para além, quando uma situação de vida é perigosa ou muito provável que leve a uma piora da saúde, a ação imediata relacionada a situações de vida de pacientes pode ser necessária. Nos idosos, por exemplo, isso pode estar relacionado à nebulização ou não ser capaz de cuidar de si mesmos³⁵.

Nesse contexto, o aspecto “Estado atual – Suporte Social” descreve que alguns pacientes simplesmente não têm habilidades sociais ou personalidade para manter uma rede de suporte social que possa ajudá-los quando em dificuldades. Algumas situações são destacadas, como a mudança para uma cidade diferente, ter poucas atividades fora da casa ou não falar a língua local. Todos esses fatores podem acarretar em uma falha no desenvolvimento de uma rede de apoio, fazendo com que o indivíduo vivencie uma situação pessoal em que ninguém estaria disponível para auxiliar nas necessidades de apoio pessoal durante um momento de necessidade. Este fato torna-se fundamental para o planejamento do cuidado, posto que pode representar diferentes vulnerabilidades³⁵.

O aspecto “Vulnerabilidade – Vulnerabilidade social” tem a finalidade de proteger o paciente após. Nesse sentido, é importante garantir que a estabilidade do item social tenha sido alcançada a partir da investigação dos aspectos do histórico e do estado atual do indivíduo. Em algumas situações, serão necessárias atuação ativas e diretas do profissional do serviço social³⁵.

Salienta-se que sem assistência individualizada - como sistema de apoio social inconsistente ou inadequado, situação de vida instável, habilidades sociais precárias ou falta de recursos financeiros - pode levar a um acesso deficiente aos cuidados de saúde, piora o controle de doenças, complicações de condição física e mental e uso de serviços de cuidados

de saúde elevados. Sendo assim, alguns objetivos devem ser estabelecidos, tais como: obtenção de suporte social consistente e adequado, vida residencial apropriada após o encerramento do caso e, ainda, estabilização financeira³⁵.

1.5.4 COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL: DOMÍNIO SISTEMA DE SAÚDE

O domínio do sistema de saúde discorre sobre a importância do paciente ter acesso adequado aos cuidados, incluindo o sistema de saúde (privado, planos de saúde e sistema público), profissionais que falam a língua do paciente e acesso geográfico aos especialistas necessários, ter confiança suficiente nos profissionais para seguir seus conselhos, ter profissionais que se comuniquem uns com os outros para que as recomendações de tratamento sejam coordenadas, etc³⁵.

O domínio do sistema de saúde é composto pelos seguintes aspectos²⁶:

- Histórico: acesso a cuidados; experiência de tratamento;
- Estado atual: obtenção de serviços necessários, coordenação de cuidados; e
- Vulnerabilidade: impedimentos do sistema de saúde.

No aspecto “Histórico - acesso a cuidados”, são retratadas as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. A geografia, a linguagem, o pagamento de certos tipos de profissionais e as listas de espera são barreiras mais importantes em nível do sistema. Por exemplo, os serviços especializados podem não estar disponíveis em áreas rurais ou pode não haver profissionais que falem a língua do paciente ou compreendam sua cultura. Essas questões de acesso exigem um bom sistema de referência e capacidade de tradução para manter o nível de atendimento necessário para pacientes individuais e particularmente aqueles com complexidade de saúde³⁵.

Em algumas situações, as longas listas de espera impedem o acesso e a entrega em tempo oportuno. Para os pacientes nessa situação, sua única opção é procurar cuidados por meio do sistema médico de emergência, em que o cuidado não pode ser recusado durante uma crise médica. No entanto, procurar serviços na configuração de emergência não permite o acompanhamento, seja por um profissional geral ou especialista, ou triagem e prevenção³⁵.

Quando os problemas de acesso em nível do sistema impedem a entrega de serviços de saúde eficazes, eles podem levar a interferências em outros itens de complexidade. Por exemplo, podem criar dificuldades na determinação de diagnósticos precisos, uma vez que as

consultas e os testes de avaliação não podem ser concluídos devido a problemas limitados de acompanhamento e custo³⁵.

Em relação ao aspecto “História - experiência de tratamento”, considera-se que esse item é um bom preditor para a qualidade das futuras relações com o profissional de saúde. As experiências adversas com o profissional ou com o sistema de saúde podem influenciar negativamente a atitude do paciente e impactar indiretamente no resultado dos cuidados. Essa atitude não cooperativa pode ser o resultado das próprias experiências do paciente, mas também pode ser relacionada a experiências de seus parentes mais novos ou bons amigos³⁵.

Sobremaneira, o resultado final de uma relação de baixa qualidade entre paciente e profissional pode interferir ou agravar muitas outras áreas que influenciam os resultados dos cuidados de saúde, como a adesão ao tratamento, a progressão da gravidade dos sintomas. Como as atitudes negativas têm esse potencial, elas são consideradas um contribuinte importante para a complexidade³⁵.

O aspecto “Estado atual – obtenção de serviços necessários” é complementar ao acesso aos cuidados, pois aborda a logística prática de obter o cuidado. Os custos do transporte, os fatores de aborrecimentos e a distância da residência do paciente podem prejudicar ou impactar a procura do paciente pelo serviço. Problemas semelhantes são evidenciados para pacientes com várias doenças e que apresentem necessidade de utilizar diversos serviços. Novamente, isso pode tornar-se tão oneroso que os pacientes param de se comprometer. Além disso, a incapacidade de pagar por serviços, medicamentos e equipamentos médicos também pode se tornar um motivo de não adesão³⁵.

Além de fatores geográficos e financeiros, implicados neste item de complexidade, este aspecto também inclui falha no acesso/obtenção de serviços necessários, porque as referências apropriadas para serviço especializado não foram feitas. Relacionados à coordenação dos cuidados, os pacientes com doenças não tratadas, como depressão ou ansiedade, podem ser impedidos de receber serviços necessários, porque um médico de cuidados primários deixou de incluir uma avaliação ou tratamento de saúde mental que se espera que altere o resultado do paciente. Em tais situações, os pacientes podem permanecer sem tratamento por períodos prolongados e, portanto, apresentam pior controle de sintomas, resistência ao tratamento e desenvolvimento de problemas de saúde crônicos³⁵.

Assim, torna-se fundamental o aspecto “Estado atual - coordenação de cuidados”. Nesse sentido, também é necessária a coordenação de serviços entre os profissionais de

saúde. A coordenação dos cuidados tem relação com o grau de comunicação entre os profissionais de um paciente sobre os problemas de saúde do mesmo e o seu tratamento. Dentro de um determinado sistema hospitalar e clínico, pode haver um bom acesso a informações sobre a gama de serviços prestados a um paciente, especialmente se houver um registro médico eletrônico coordenado. Quando o paciente, no entanto, recebe serviços de mais de um profissional em diferentes sistemas ou locais de saúde, a comunicação torna-se mais difícil, o que pode aparecer como serviços duplicados, recomendações conflitantes por profissionais, etc³⁵.

Assim, obter cuidados bem coordenados é um desafio particular para pacientes que têm doenças físicas e mentais. A saúde mental e os prontuários médicos geralmente são armazenados separadamente e, em essência, escondem informações importantes de saúde de outros clínicos envolvidos no atendimento do paciente. Embora existam regras que regem a comunicação entre os clínicos e a confidencialidade da informação pessoal sobre saúde, em geral, a comunicação gratuita sobre todos os problemas de saúde entre os clínicos envolvidos no atendimento específico de um paciente individual é a única maneira de fornecer o melhor tratamento³⁵.

A falta de coordenação de cuidados afeta muitos outros itens em vários domínios e deve ser combatida, visto que impacta em inúmeras vulnerabilidades. Por fim, o aspecto “Vulnerabilidade - impedimentos do sistema de saúde” avalia o risco de obstáculos de persistente e não resolvidos para o acesso a serviços de saúde em tempo oportuno e com qualidade. É necessário manter os cuidados até que o risco de resultados negativos do paciente, devido a problemas de acesso e coordenação do cuidado, tenha sido abordado ou o benefício máximo de gerenciamento de casos tenha sido alcançado³⁵.

Considerando o envelhecimento populacional um fenômeno novo no Brasil, são necessários estudos específicos com grupos etários de idade igual ou superior a sessenta anos internados em unidade hospitalar.

Destaca-se como relevância para esta investigação o fato de que o envelhecimento, na atualidade, se encontra no foco das políticas de saúde pública no Brasil, haja vista que a modificação da pirâmide etária brasileira tem conduzido instâncias governamentais a desenvolverem políticas sociais e de saúde com o intuito de preparar a sociedade para os impactos produzidos por essa realidade. Portanto, pesquisas que favoreçam o levantamento de

dados úteis para o direcionamento da oferta dos serviços de saúde têm sido consideradas imprescindíveis no momento atual.

Desta maneira, ao realizar esta pesquisa com idosos hospitalizados, pretende-se colaborar com o desenvolvimento de conhecimentos advindos tanto da área assistencial quanto da área administrativa que possibilitem a identificação de condições que favoreçam melhor assistência prestada a essas pessoas, respeitando suas histórias de vida permeadas por crenças e valores, bem como utilizar ferramentas que otimizem o processo de internação e a pós-alta hospitalar.

2. OBJETIVOS

- Analisar a complexidade assistencial por meio do método INTERMED no processo de internação e na pós-alta hospitalar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enumerar os aspectos biopsicossociais e de sistema de saúde de idosos hospitalizados;
- Identificar a relação entre o INTERMED e tempo de internação hospitalar e de reinternação;
- Correlacionar o escore do INTERMED com as variáveis “tempo de permanência hospitalar” e “reinternação”.
- Verificar em cada domínio o estado.
- Verificar a nota de corte do INTERMED.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa quantitativa, tipo documental e retrospectiva, com análise de informações secundárias advindas de banco de dados pertencente à associação do Sanatório Sírío – Hospital do Coração (HCor).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado a partir de dados de prontuários contidos em banco de dados referente aos pacientes idosos de unidade de clínica médica cirúrgica do HCor.

O HCor iniciou suas atividades, em 1976, com o objetivo de promover a recuperação da saúde com excelência e ética, atuar com pioneirismo em cardiologia, compartilhar recursos tecnológicos e conhecimentos com outras especialidades e associar ensino e pesquisa, valorizando a participação multiprofissional e multidisciplinar na assistência humanizada, visando à prevenção e ao bem-estar com qualidade de vida.

O hospital é administrado pela Associação do Sanatório Sírío, fundada em 1918 por um grupo de senhoras árabes com o objetivo de ajudar crianças órfãs da I Guerra Mundial. A administração do hospital é formada por uma diretoria, composta por: Diretora Presidente, Diretor Geral, Diretor Clínico, Superintendente Corporativo, Superintendente Médico e de Relações Institucionais, Superintendente de Operações e Superintendente de Qualidade e Responsabilidade Social.

O HCor é uma instituição de caráter privado, acreditada pela Joint Commission International em 2006 e reconhecida como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a melhoria da saúde pública por meio de ações sociais. A instituição localiza-se na zona sul da cidade de São Paulo e conta com 251 leitos. Suas instalações incluem pronto-socorro, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, unidade coronariana, unidades de internação, hemoterapia, hospital dia e consultórios.

Na unidade de internação de clínica médica cirúrgica, os pacientes admitidos são atendidos por uma equipe interprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

Além disso, o hospital possui todos os serviços de apoio para alta complexidade, como laboratório clínico, serviço de imagem (tomografia, radiografia, ressonância magnética, ecocardiografia, dentre outros), banco de sangue, bem como estrutura para pesquisa diagnóstica laboratorial e radiológica.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à aprovação e autorização da Diretoria Médica e da Gerência Executiva de Enfermagem do Hospital do Coração (Apêndice 1 e 2). Esclarece-se que, por se tratar de estudo retrospectivo com a utilização de dados secundários, a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram desnecessárias. Esclarece-se que houve a autorização da diretoria do hospital para acessar dados de prontuários e todas as informações dos pacientes foram mantidas em sigilo, conforme termo de autorização para a realização do estudo e preceitos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, referente à ética em pesquisa com seres humanos.

3.4 AMOSTRAGEM

A amostra foi constituída por informações de banco de dados referentes a 180 pacientes, com idade igual ou superior a sessenta anos, hospitalizados em unidade de internação do HCor no período entre agosto de 2015 e maio de 2016 e que, no momento da internação, foram submetidos à aplicação do método INTERMED.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi constituído com informações correspondentes à identificação do paciente, contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, cor, religião, estado civil, escolaridade, plano de saúde), o tempo de permanência hospitalar, número de reinternações do paciente, Método Intermed (Anexo 1) e Escala de Mayo (Anexo 3). Os dados foram coletados por meio de entrevista individual realizada pelos enfermeiros da unidade, capacitados para essa finalidade e inseridos em um banco de dados elaborado no programa Excel, versão Windows.

3.5.1 MÉTODO INTERMED

O método INTERMED foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores holandeses em 1999. Huyse e colaboradores elaboraram esse método como uma forma operacional para viabilizar a integralidade do cuidado, apontando como fundamental a avaliação multidimensional do paciente ao integrar os aspectos biológico, psicológico e social do indivíduo e sua relação com o sistema de saúde³.

Ao longo do tempo, o método foi adaptado e validado para realidades de diferentes culturas e idiomas, tais como: inglês, alemão, francês, espanhol, italiano, japonês, norueguês e português. No Brasil, Weber (2012) realizou a adaptação transcultural e a validação do método durante seu estudo de doutorado³.

O método INTERMED corrobora com a tradicional entrevista médica e deve ser incorporado ao prontuário do paciente, visto que contém informações importantes para a tomada de decisão acerca do planejamento do cuidado e da alta hospitalar. Nesse sentido, destaca-se que o método possibilita o gerenciamento de caso a partir da classificação de necessidades de cuidado que o indivíduo apresenta³.

Assim, esclarece-se que o método INTERMED é utilizado com as finalidades de classificar a complexidade biopsicossocial de pacientes em diferentes níveis de atenção à saúde e de favorecer e potencializar a comunicação interprofissional com pretensões clínicas, científicas e educativas. Tais finalidades são possíveis, pois o método é composto por vinte variáveis sintetizadas por quatro domínios (biológico, psicológico, social e sistema de saúde) inseridos nas perspectivas de tempo: histórico, do estado atual e prognóstico do paciente, conforme pode ser observado no quadro 1³.

Quadro 1. Variáveis e domínios do método INTERMED.

Domínios	Histórico	Estado Atual	Prognóstico
Biológico	Cronicidade	Gravidade dos sintomas	Complicações/a meaça à vida
	Dilema diagnóstico	Desafio diagnóstico/terapêutico	
Psicológico	Barreiras de enfrentamento	Resistência ao tratamento	Ameaça à saúde mental
	Disfunção psiquiátrica	Sintomas psiquiátricos	
Social	Problemas no trabalho e lazer	Condições no domicílio	Vulnerabilidade social
	Situação social	Rede de apoio social	
Sistema de saúde	Acesso ao cuidado	Organização do cuidado	Impedimentos do sistema/plano de saúde
	Experiência do tratamento	Coordenação do cuidado	

Fonte: Weber, 2012.

As variáveis sintetizadas pelos quatro domínios são investigadas a partir de um roteiro com dezessete perguntas abertas, conforme apresentado no Anexo 1, que possibilita a determinação do escore, de acordo com a resposta do paciente. Os escores são representados por pontuações do tipo Likert, sendo elas:

- 1- Nenhuma vulnerabilidade/necessidade;
- 2- Pouca vulnerabilidade/necessidade de monitoramento ou prevenção;
- 3- Vulnerabilidade moderada/necessidade de tratamento ou inclusão em um plano de tratamento;
- 4- Vulnerabilidade severa/necessidade imediata de intervenção ou tratamento intensivo.

Nesse contexto, as respostas de cada pergunta são classificadas conforme a pontuação acima descrita e depois inseridas no quadro 2, o qual possibilita a visualização facilitada das demandas a serem gerenciadas.

Quadro 2. Sistematização de pontuação conforme domínio do método INTERMED.

DOMÍNIOS	HISTÓRICO	ESTADO ATUAL	VULNERABILIDADES
BIOLÓGICO	Cronicidade ()0 ()1 ()2 ()3 Dilema Diagnóstico ()0 ()1 ()2 ()3	Gravidade dos Sintomas ()0 ()1 ()2 ()3 Desafio Diagnóstico ()0 ()1 ()2 ()3	Complicações e ameaça à vida ()0 ()1 ()2 ()3
PSICOLÓGICO	Barreiras para Enfrentamento ()0 ()1 ()2 ()3 Disfunção Psiquiátrica ()0 ()1 ()2 ()3	Resistência ao Tratamento ()0 ()1 ()2 ()3 Sintomas Psiquiátricos ()0 ()1 ()2 ()3	Ameaça à saúde mental ()0 ()1 ()2 ()3
SOCIAL	Restrições na integração social ()0 ()1 ()2 ()3 Disfunção Social ()0 ()1 ()2 ()3	Instabilidade Residencial ()0 ()1 ()2 ()3 Restrições da rede social ()0 ()1 ()2 ()3	Vulnerabilidade Social ()0 ()1 ()2 ()3
SISTEMA DE SAÚDE	Intensidade do Tratamento ()0 ()1 ()2 ()3 Experiência do Tratamento ()0 ()1 ()2 ()3	Complexidade do cuidado ()0 ()1 ()2 ()3 Adequação do Cuidado ()0 ()1 ()2 ()3	Coordenação do Cuidado ()0 ()1 ()2 ()3

Fonte: Weber, 2012.

A somatória dos pontos de cada variável gera uma escore total que pode variar de 0 a 60 pontos, o que evidencia a vulnerabilidade de cada paciente, segundo a classificação: <21 pontos, paciente não apresenta complexidade; entre 21 e 30 pontos, complexidade limítrofe; e >30 pontos, paciente apresenta complexidade e necessidade de gerenciamento de caso com o cuidado interprofissional³.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os resultados do estudo foram apresentados por medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Medidas contínuas foram descritas por estatísticas de posição (média e mediana) e escala (desvio padrão e intervalos interquartis).

O INTERMED é um instrumento de quatro domínios compostos pela soma de cinco itens e cada um variando as respostas de 0 a 3, de tal forma que o cada domínio varia de 0 a 15. Os itens do questionário foram apresentados individualmente pela sua distribuição de frequência e a proporção de vezes que o item foi predominante no determinado domínio. Cada um dos itens foi descrito pelas estatísticas de posição e escala, além da apresentação global (0

a 60). O coeficiente Alpha de Cronbach para avaliar consistência interna foi apresentado por domínio e globalmente.

Os domínios foram apresentados em gráficos de dispersão dois a dois, assim como as correlações de Spearman entre eles. Além disso, foi descrita a correlação dos domínios com Tempo de permanência no hospital.

Variáveis sociodemográficas e clínicas foram descritas, segundo quatro faixas propostas para o escore INTERMED. Associações foram avaliadas por teste exato de Fisher (variáveis categóricas) ou Kruskal-Wallis (variáveis contínuas).

Outras associações comparando a distribuição dos domínios do INTERMED, segundo uso de antimicrobiano e encaminhamento à psicologia, foram avaliadas, segundo teste de Mann-Whitney.

Por fim, utilizou-se o escore INTERMED como preditor do escore Mayo maior ou igual a dez. O ponto de corte para predição foi escolhido para minimizar a diferença da sensibilidade e especificidade em relação ao ponto ideal. Os resultados foram apresentados por curva ROC e descritos por estatísticas preditivas (especificidade, sensibilidade, valores preditivos positivos e negativos e área sob a curva – acurácia).

4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. Dentre os 180 idosos entrevistados, o predomínio é do sexo masculino, casados e com média de idade de 72,1($\pm$ 15,2) anos. A média de permanência no hospital foi de 10,7($\pm$ 10,9) dias e, em sua maioria, não foi encaminhado para acompanhamento psicológico e social.

Tabela 1 - Dados de caracterização da amostra do estudo (n=180). São Paulo, 2015 e 2016.

Variáveis	N	%
Idade		
Média (DP)	72,1 (± 15,2)	-
[Mínimo - Máximo]	[25 – 100]	-
Sexo		
Masculino	110	61,1
Estado Civil*		
Casado	123	71,1
Divorciado	01	0,6
Separado	02	1,2
Separado/divorciado	07	4
Solteiro	08	4,6
Viúvo	32	18,5
Tempo de Permanências (dias)		
Média (DP)	10,7 (± 10,9)	
Mediana [IIQ]	8 [5 – 12]	
Escore INTERMED		
Média (DP)	14,8 (± 5,9)	
Mediana [IIQ]	14 [10,8 – 19]	
Encaminhado à Psicologia		
Não	136	75,6
Sim	40	22,2
Já utilizava o serviço	04	2,2
Encaminhado ao Serviço Social		
Sim	02	1,1

A tabela 2 mostra os resultados para os domínios e sua relação com o tempo de permanência no hospital. Os domínios biológico, psicológico e social parecem ter influência com o tempo de permanência no hospital.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas da distribuição dos domínios do Intermed e correlação de Spearman entre os domínios e o tempo de permanência no hospital. São Paulo, 2015 e 2016.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	Correlação de Spearman com tempo de permanência
Biológico	0	14	7,10	2,80	7	6	9	0,479*
Psicológico	0	10	2,77	2,79	2	0	5	0,273*
Social	0	6	1,47	1,57	1	0	3	0,344*
Sistema de Saúde	3	6	3,43	0,73	3	3	4	0,080
Total	3	28	14,78	5,93	14	10,75	19	0,361*

*valor $p < 5\%$ para teste de hipótese para Correlação de Spearman nula.

A Tabela 3 demonstra as características sociodemográficas dos participantes. Dentre os 180 idosos entrevistados, 72 ficaram no terceiro quartil. Houve diferença significativa entre os grupos para idade, estado civil, tempo de permanência, escore do INTERMED, ser encaminhado ao serviço de psicologia e social, o uso de antimicrobiano e solicitação de Home Care.

Tabela 3- Dados sociodemográficos dos pacientes divididos segundo faixas do INTERMED (n=180). São Paulo, 2015 e 2016.

Variáveis	[0,10] (N=45)		(10,15] (N=59)		(15,25] (N=72)		(25,30] (N=04)		Total (N=180)		p-valor ¹
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade	63,7	15,2	71,2	16,4	77,9	11,6	74,5	11,6	72,1	15,2	<0,001 ²
Sexo											
Masculino	33	73,30%	35	59,30%	41	56,90%	1	25%	110	61,10%	0,124
Estado Civil											
Casado	33	80,50%	46	80,70%	42	59,20%	2	50%	123	71,10%	0,023
Divorciado	0	0%	1	1,80%	0	0%	0	0%	1	0,60%	
Separado	2	4,90%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1,20%	
Separado/divorciado	0	0%	1	1,80%	5	7%	1	25%	7	4%	
Solteiro	1	2,40%	2	3,50%	5	7%	0	0%	8	4,60%	
Viúvo	5	12,20%	7	12,30%	19	26,80%	1	25%	32	18,50%	
Encaminhado à Psicologia											
Não	44	97,80%	51	86,40%	41	59,90%	0	0%	136	75,60%	<0,001
Sim	1	2,20%	8	13,60%	28	38,90%	3	75%	40	22,20%	
Já utilizava o serviço	0	0%	0	0%	3	4,20%	1	25%	4	2,20%	
Encaminhado ao Serviço Social											
Sim	0	0%	0	0%	1	1,40%	1	25%	4	2,20%	0,044

Quadro 5 – Curva ROC do INTERMED escore para predição de Mayo $\geq$ 10.

Especificidade	Sensibilidade	Diferença (otimização da relação Sens/Espe)	Ponto de corte	Valor preditivo positivo	Valor preditivo negativo
0,000	0,000	1,000	28	NaN	0,663
0,008	0,017	0,983	27	0,500	0,667
0,008	0,033	0,967	26	0,667	0,665
0,017	0,036	0,964	25	0,500	0,679
0,043	0,117	0,884	24	0,583	0,675
0,076	0,148	0,855	23	0,471	0,705
0,076	0,263	0,741	22	0,625	0,722
0,087	0,328	0,678	21	0,655	0,729
0,122	0,373	0,639	20	0,611	0,732
0,157	0,421	0,600	19	0,571	0,746
0,196	0,491	0,545	18	0,560	0,756
0,250	0,582	0,487	17	0,525	0,791
0,278	0,644	0,452	16	0,543	0,798
0,316	0,714	0,426	15	0,526	0,830
0,369	0,776	0,432	14	0,523	0,843
0,445	0,787	0,494	13	0,495	0,824
0,537	0,873	0,552	12	0,453	0,877
0,645	0,885	0,655	11	0,439	0,844
0,704	0,915	0,709	10	0,400	0,872
0,787	0,982	0,787	9	0,397	0,958
0,842	0,984	0,842	8	0,385	0,947
0,878	1,000	0,878	7	0,373	1,000
0,929	1,000	0,929	6	0,367	1,000
0,949	1,000	0,949	5	0,355	1,000

0,974	1,000	0,974	4	0,351	1,000
1,000	1,000	1,000	3	0,345	NaN

5 DISCUSSÃO

A avaliação de vulnerabilidades biopsicossociais é muito importante, visto que, quando utilizado instrumentos que avaliam e possibilitam a viabilização do cuidado integrado, é possível trazer ao equipamento eficácia em seu cuidado integrado. Assim, é considerada cada vez mais importante a atenção voltada à avaliação e à gestão da complexidade do cuidado como abordagem sistêmica para o tratamento de pacientes.

Nesse estudo, a análise dos dados sociodemográficos dos participantes revelou que, em média, a proporção de homens internados foi maior que a de mulheres e a média de idade dos participantes foi de 72,1($\pm$ 15,2) anos. Pesquisadores acrescentaram que, no Brasil, há mais homens internados em estado grave quando comparado a mulheres, visto que elas utilizam mais os serviços de saúde para a prevenção e, apesar de terem mais doenças crônicas, a severidade é menor^{36,37}. Na pesquisa atual, houve diferença significativa entre os grupos para idade, estado civil, tempo de permanência, escore do INTERMED, encaminhado para o serviço de psicologia e social, o uso de antimicrobiano e solicitação de *home care*. Acredita-se que, mesmo diante de dificuldades de acesso ao sistema de saúde, a capacidade de enfrentamento dessas pessoas pode ser melhor se houver fortalecimento, diante de um curto período de tempo que ficam internadas, desde que a equipe esteja focada na necessidade da integralidade do cuidado durante a hospitalização.

Diferente dos resultados dessa pesquisa, estudos anteriores demonstraram que o tempo médio de internação nos hospitais do SUS em São Paulo foi de cinco dias, sabendo que este período está influenciado pela gravidade biológica, como também aos aspectos psicológicos, sociais ou do sistema de saúde, por exemplo, a espera de realização de procedimentos.

Os achados demonstraram que as evidências encontradas sobre a pontuação do INTERMED e o tempo de internação estão de acordo com a literatura³. Sabe-se que pacientes admitidos em uma enfermaria geral com maior grau de complexidade no INTERMED apresentaram o dobro do tempo de permanência no hospital, o que apresenta também mais uso de medicamentos, consultas com especialistas e intervenções de Enfermagem, como também apresentaram pior qualidade de vida no momento da alta²⁷. Assim, pode-se destacar a importância da coordenação adequada do cuidado e da comunicação entre os profissionais de saúde.

Sabe-se que a permanência em ambiente hospitalar pode trazer aos idosos fatores estressores que podem influir diretamente em sua patologia de forma negativa³⁸. Destaca-se a

fragilidade que alguns já se encontravam e, ao deparar-se com o diagnóstico, o tratamento, a quebra da rotina, ambiente e pessoas desconhecidas ao seu cotidiano tendem a associar o ambiente hospitalar e equipe como um local estressor e extremamente centrado em sua patologia.

Salienta-se a importância da organização do sistema de saúde e a integração entre os serviços de assistência, visto que estes são fundamentais para garantir o atendimento dos pacientes no local adequado e atender as suas necessidades. O cuidado integrado, enquanto modelo biopsicossocial de atenção ao doente, é fundamental neste momento. Autores avaliaram a utilidade do INTERMED em 82 pacientes e os resultados confirmam a heterogeneidade biopsicossocial da amostra e a importância de informação integrada às agendas políticas, científicas, educacionais e de saúde. O INTERMED pode se tornar um método útil para adaptar intervenções interdisciplinares na avaliação abrangente das necessidades do paciente⁶⁰.

A identificação da fragilidade em idosos hospitalizados contribui para o planejamento do cuidado e da assistência, visando a programação da alta hospitalar em tempo adequado, tendo em vista que a longa permanência hospitalar, ou seja, a própria hospitalização potencializa os efeitos negativos da fragilização dos idosos¹⁵, por isso é prioritário que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para aumentar a qualidade da assistência prestada, desenvolvendo avaliações que identifiquem detalhes multidimensionais da vida da pessoa, como os aspectos sociais, psicológicos e físicos²⁵.

O método INTERMED é uma ferramenta que traz aos profissionais envolvidos no processo de cuidado uma possibilidade de tratamento interprofissional, sendo efetivo em pacientes de alta complexidade e induz a mudança para um modelo de atenção interdisciplinar centrado no paciente, expondo uma avaliação abrangente e tratamento integrado do paciente complexo com possibilidade de gestão dos casos dentro das linhas de cuidado. Assim, favorece a identificação das vulnerabilidades biopsicossociais do idoso para que o planejamento do cuidado integrado e do processo de alta hospitalar sejam eficazes³⁶.

Por sua vez, toma-se a noção de cuidado como uma ação integral com significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito, a partir de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo³⁷.

Nesta vertente, pensar no conceito de vulnerabilidade como um constructo social, ou seja, os contextos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos os tornam mais, ou menos, propensos ao risco, quando comparados a outras pessoas inseridas em contextos sociais distintos, traz reflexão às questões relacionadas às desigualdades sociopolíticas e econômicas. Assim, a sua utilidade consiste na possibilidade de poder identificar entre os idosos quais são os vulneráveis e por quê o são, excluindo, neste momento, a idade como um fator importante e determinante para classificar o indivíduo como vulnerável.

Este constructo torna-se mais impactante quando o idoso sofre hospitalização, já que a recuperação de sua saúde acontece de forma mais lenta e complicada, aumentando, portanto, os índices de morbimortalidade e de permanência hospitalar com consequências negativas para a sua qualidade de vida, evidenciada pela redução de autonomia, independência e funcionalidade. Dessa forma, a identificação de vulnerabilidades biopsicossociais do idoso no momento da hospitalização favorece o processo de alta hospitalar, à medida que intervenções para evitar, postergar e suprir possíveis dificuldades poderão ser elaboradas à luz do cuidado integrado²⁹.

O domínio biológico trata sobre a duração e a gravidade da doença física do paciente, a complexidade do diagnóstico e a interação de doenças com os demais aspectos da vida do indivíduo²⁶. Se o paciente tiver uma doença crônica ou várias doenças crônicas, isso implica se ele deve ter ou desenvolver uma relação de longo prazo com pelo menos um profissional de saúde primária, assim como a qualidade desta relação é muito importante, pois prevê a aderência do paciente e os esforços feitos para recuperar a saúde do mesmo. Com isso, deve-se atentar para o domínio que aborda o acesso aos serviços de saúde³⁵.

Assim, a compreensão sobre os desafios diagnósticos ou terapêuticos pode fazer uma grande diferença para o estado clínico e funcional do paciente para a utilização adequada de recursos e diminuição do risco de iatrogenias. Portanto, é um aspecto no qual a revisão cuidadosa de informações clínicas, discussões com profissionais pode ser particularmente útil. Esta é uma das razões pelas quais, a partir do primeiro dia de assistência à saúde, quando o relacionamento entre paciente e profissional é estabelecido, o paciente e seus familiares devem ser capacitados para o autocuidado, ou seja, deve ser realizado um planejamento de alta³⁵.

Em estudo sobre a consistência interna do método INTERMED, De Jonge e Stiefel (2003)⁴⁹ obtiveram correlações entre os escores dos domínios dos pacientes encaminhados para interconsulta psiquiátrica não significante, quando correlacionados com domínios

psicológico e social. Já Weber et al. (2012)³ obtiveram correlação não significativa entre os domínios biológicos e acesso ao sistema de saúde em duas das instituições que estudaram, os quais indicaram que a condição de saúde dos pacientes não interfere no sistema. Já Gutierrez e Lima (2012)³⁶, ao utilizarem o método INTERMED em idosos hospitalizados, encontraram que o domínio biológico foi o de maior pontuação.

O segundo domínio, o psicológico, aborda a capacidade do paciente de se adaptar ao seu meio ambiente, pois os sintomas de saúde mental são importantes já que predizem o grau em que os pacientes podem escutar, seguir o conselho do médico e agir em seu próprio nome para recuperar a saúde mental e física. Para além, esses sintomas podem afetar as relações pessoais (familiares e sociais) e interferir na disponibilidade de suporte social, acarretando, portanto, em possíveis vulnerabilidades²⁶.

Estudos utilizando o método INTERMED encontraram relação entre a complexidade clínica e a presença de ansiedade e depressão, porém os valores dessas relações foram variados
54,55,57.

A complexidade clínica tem se relacionado com a demanda psicossocial e, ainda, ter recebido intervenção dessa natureza^{56,57}.

Nessa linha de pensamento, estudioso na área da psiquiatria alerta sobre a influência de fatores psicossociais nas patologias clínicas e reivindica a importância das pesquisas nos modelos colaborativos de intervenções interdisciplinares^{57,58}.

Bertolin et al. (2011)⁵⁹ e Weber (2012)³ referem os domínios psicológicos e acesso ao sistema de saúde como não significativamente correlacionados em uma instituição, já que o fato de os pacientes referirem adequado acesso ao sistema de saúde por serem mais agudizados.

O terceiro domínio, o social e a vulnerabilidade social, aborda a estabilidade financeira e residencial do paciente, as relações interpessoais, a capacidade de interagir eficazmente com outras pessoas e o nível de suporte disponível, quando em dificuldades ou crises. Quando os problemas estão ausentes nessas áreas, podem esperar melhores resultados relacionados aos cuidados de saúde²⁶.

E, por último - o domínio sistema de saúde e a vulnerabilidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde -, é a importância do paciente ter acesso adequado aos cuidados, incluindo o sistema de saúde (privado, planos de saúde e sistema público), profissionais que falam a língua do paciente e acesso geográfico aos especialistas necessários; ter confiança suficiente nos profissionais para seguir seus conselhos; ter profissionais que se

comuniquem uns com os outros para que as recomendações de tratamento sejam coordenadas²⁶.

Destaca-se que os profissionais do sistema de saúde devem estar preparados para auxiliar o idoso na organização do seu cuidado com oferta de serviços que deve ser variada para atender às suas múltiplas necessidades, por isso é relevante a construção de redes de atenção ao idoso. Assim, vale ressaltar que o enfermeiro poderá facilitar o acesso a programas de gerenciamento de cuidados integrais. Esforços são feitos para melhorar a saúde, a utilização do serviço e os custos com novos modelos de gerenciamento, atenção integral à saúde para pessoas com condições de saúde complexas. Verificou-se neste estudo que os idosos convivem com uma série de alterações biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a susceptibilidade às doenças e podem até provocar incapacidades.

Estudos anteriores apresentaram que, para idosos, o domínio biológico é o mais afetado, sobretudo decorrente da condição de cronicidade das doenças^{18,35}. Esse fato é condizente com o resultado esperado para pacientes idosos internados em hospital que, na maioria das vezes, são frágeis e possuem maior complexidade assistencial. Se o paciente tiver uma doença crônica ou várias doenças crônicas, isso implicará em vários fatores sobre ele, o que requer a adoção de comportamentos saudáveis. Desta forma, para que se adaptem, eles devem possuir capacidade para lidar com frustração e limitações de estilo de vida e/ou iniciar atividades relacionadas à saúde, como iniciar uma dieta, exercitar ou tomar medicação³⁵.

Assim, a compreensão sobre os desafios diagnósticos ou terapêuticos pode fazer grande diferença para o estado clínico e funcional do paciente, para a utilização adequada de recursos e diminuição do risco de iatrogênias²⁹. Portanto, é um aspecto no qual a revisão cuidadosa de informações clínicas, discussões com profissionais podem ser particularmente úteis²⁶.

Esta é uma das razões pelas quais - a partir do primeiro dia de assistência à saúde, quando o relacionamento entre paciente e profissional é estabelecido - o paciente e seus familiares devem ser capacitados para o autocuidado, ou seja, deve ser realizado um planejamento de alta³⁹. Claramente, existem alguns pacientes, como aqueles com demência, sem recursos pessoais ou um sistema de suporte inexistente, em quem o autocuidado não pode ser esperado. Com isso, pode ser necessário que o profissional de saúde mantenha uma relação a longo prazo. Para além, é necessário dispensar atenção significativa aos itens no domínio social²⁶.

Considera-se a importância de retomar a concepção humanista para focalizar o processo saúde e doença na pessoa idosa, de modo a incorporar os pressupostos do cuidado compreensivo e ampliar as relações entre indivíduos e estruturas sociais envolvidas nas ações promocionais, mantenedoras e recuperadoras da saúde⁴⁰. É necessário repensar sobre as responsabilidades das instituições diante das demandas reais da sociedade e dos profissionais nas diversas áreas de assistência às pessoas idosas, famílias e comunidade, de modo a introduzir modificações no modelo de atenção e equipamentos sociais de apoio.

Nesta vertente, destaca-se no planejamento estratégico de cuidado de Enfermagem o planejamento de alta, que é uma ferramenta indispensável para o cuidado integral durante a hospitalização e na pós-alta hospitalar³². É importante destacar que o autocuidado continuado do paciente em seu domicílio é imprescindível. Assim, a equipe precisa elaborar e planejar a alta hospitalar, ou seja, a transição do paciente para o domicílio exige elaborado planejamento de alta pela equipe interprofissional valorizando a participação da família, a fim de garantir o prosseguimento e a qualidade do cuidado domiciliar⁴².

A literatura apontou que os pacientes, durante o período da alta, buscam conhecimentos necessários sobre cuidados, mas é importante enfatizar que este comportamento é insuficiente para suprir a manutenção da saúde desses indivíduos no domicílio⁴². Desta forma, os profissionais, principalmente, a equipe de Enfermagem, precisam fornecer aos pacientes as orientações necessárias para a prevenção, controle da doença, promoção e manutenção da saúde no ambiente hospitalar. Assim, em relação às orientações, o enfermeiro é o profissional de saúde que, durante a sua formação profissional, é instrumentalizado para realizar ações educativas e de saúde visando o planejamento de alta hospitalar⁴³.

Entretanto, essa realidade exige dos enfermeiros o comprometimento e a preocupação não só com o paciente, mas também com o preparo dos familiares para a alta hospitalar, com o papel de orientar, ensinar, treinar as técnicas e cuidados necessários, dispensados ao paciente em seu domicílio, a fim de evitar adoecimento, reinternações, diminuir o estresse familiar, o que inclui a identificação de recursos para a saúde disponíveis na rede⁴².

O gestor, por sua vez, precisa garantir que os planos estruturados de alta hospitalar sejam ferramentas utilizadas para aumentar a capacidade de autocuidado, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, reduzir a frequência de hospitalizações não planejadas e estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e

humanizada. Para isso, se faz necessário, desde o momento da internação do paciente, um plano de ação visando o planejamento para alta realizada pela equipe interprofissional⁴⁴.

Assim, o enfermeiro, como membro dessa equipe, poderá implementar a assistência de Enfermagem sistematizada, buscando o planejamento de alta e propiciar que a internação se torne uma experiência de aprendizado em um ambiente mais humanizado, possibilitando, dessa forma, a alta hospitalar com resolutividade, não apenas dando solução para o problema de saúde mais agudo do paciente, mas fornecendo subsídios por meio de orientações sobre cuidado e autocuidado⁴². Além disso, o planejamento de alta objetiva alcançar o paciente e sua família para que estes tenham entendimento e compreensão de como enfrentar o tratamento e o cuidado para com as doenças crônicas, a fim de se obter qualidade de vida, retornando o paciente para o seu lar junto ao convívio familiar e social mais orientado e preparado para esse enfrentamento⁴⁴.

A literatura apontou em estudos anteriores variações com relação à consistência interna do método INTERMED como resultados em alfa de Cronbach de $\alpha = 0,78$ ³⁹; $\alpha = 0,79$ ⁴⁰; $\alpha = 0,83$ ⁴¹; $\alpha = 0,84$ ⁴²; $\alpha = 0,86$ ⁴³; e $\alpha = 0,94$ ⁴³.

No presente estudo, a análise de consistência interna do INTERMED indicou valor de alfa de Cronbach elevado ($\alpha = 0,827$). Já a análise de consistência interna do INTERMED por domínios indicou valor de alfa de Cronbach elevado para o domínio Biológico ($\alpha = 0,711$) e Psicológico ($\alpha = 0,837$).

Considera-se que este estudo possa contribuir para melhoria na qualidade da assistência integrada e aprimorar a visão de gestão hospitalar do profissional enfermeiro. O método INTERMED mostrou-se eficaz como ferramenta que permite a prestação de cuidado integrado, já que nesta presente pesquisa foi abordado o tempo de hospitalização e possíveis reinternações.

Os achados desta pesquisa trazem melhor visibilidade da qualidade dos serviços, pois é um instrumento que possui caráter interprofissional, visando a integralidade do cuidado e melhora da qualidade da assistência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da premissa de que o método INTERMED possui características que favorecem tal avaliação e o cuidado integrado, conforme os domínios que compõem o método - biológico, psicológico, social e acesso e na utilização dos serviços de saúde.

Nos resultados desse estudo, observa-se que a falta de continuidade da sistematização do plano de alta hospitalar e a ausência de *call center* podem prejudicar na qualidade da gestão da clínica dos pacientes estudados.

A iniciativa na aplicação do INTERMED em idosos internados em hospital mostra possibilidades favoráveis em sua utilização na prática clínica como um método para detectar os pacientes de alta complexidade, indicando o seu grau de vulnerabilidade nos domínios biopsicossociais e de sistema de saúde e sinalizando, assim, a necessidade de mais atenção da equipe interprofissional e coordenação sistematizada do cuidado prestado. Também, o método INTERMED pode ser importante na investigação epidemiológica, buscando melhorias na qualidade de vida dos idosos.

Salienta-se que o sucesso no uso do Método INTERMED está diretamente relacionado à comunicação entre a tríade - profissionais da equipe/paciente/família -, pois o resultado da avaliação do método depende dos dados objetivos e subjetivos que podem emergir dessa interação.

Finalmente, a intervenção de política de saúde, instituindo a utilização do método INTERMED, pode ter implicações importantes no que diz respeito à gestão da clínica, coordenação de cuidados, alocação de recursos humanos e financeiros.

Os resultados desse estudo sobre a utilização do Método INTERMED tem que ser encarados como iniciais, cuja aplicação tem que ser ampliada a diferentes populações e ser melhor avaliado sob a perspectiva de sua implicação no processo de trabalho diário da equipe interprofissional. No entanto, visualiza-se vantagens na operacionalização do modelo biopsicossocial, visando a integralidade do cuidado e sua influência na gestão da clínica de idosos internados em instituição hospitalar.

As limitações do estudo não foram analisados as comorbidades, e acompanhados se os pacientes foram internados em outras instituições.

Estudos futuros devem investigar a associação entre as vulnerabilidades biopsicossociais e de recursos de saúde durante a pós-alta hospitalar e o período de reinternação.

REFERÊNCIAS

1. CORREA, E. R.; MIRANDA-RIBEIRO, A. Ganhos de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 3, p.1005-15, 2017.
2. MACHADO, F. P. et al. Perfil de idosos hospitalizados segundo Virginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. **J. Res. Fundam. Care. Online**, v. 8, n. 3, p. 4789-95, 2016.
3. WEBER, B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa**: estudo em pacientes hospitalizados. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
4. FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.
5. STIEFEL, F. C. et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. Results on its validity and clinical use. **Gen. Hosp. Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 49-56, 1999.
6. VAN ECK VAN DER SLUJS, J. F. et al. Complexity assessed by the INTERMED in patients with somatic symptom disorder visiting a specialized outpatient mental health care setting; a cross-sectional study. **Psychosomatics**, v. 58 n. 4, p. 427-36, 2017.
7. HOOGERVORST, E. L. J. et al. The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, v. 74, n. 1, p. 20-4, 2003.
8. LOBO, E. et al. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. **Int. J. Clin. Pract.**, v. 69, n. 11, p. 1377-86, 2015.
9. FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem como idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 20, n. 1, p. 106-132, 2012.

10. COSTA, N. R. C. D. et al. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2015.
11. CAMARA, F. M. et al. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. **Acta Fisiatr.**, v. 15, n. 4, p. 249-256. 2008.
12. BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-25, 2014.
13. FHON, J. R. S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 589-94, 2012.
14. VIEIRA, G. A. C. M. et al. Avaliação da fragilidade em idosos participantes de um centro de convivência. **J. Res. Fundam. Care. Online.**, v. 9, n. 1, p. 114-21, 2017.
15. STORTI, L. B. et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 452-9, 2013.
16. CARMO, E. H. et al. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.
17. LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-38, 2004.
18. FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2014.
19. RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 536-45, 2007.
20. FEIJÓ, C. A. R. et al. Morbimortalidade do idoso internado na unidade de terapia intensiva de hospital universitário de Fortaleza. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 18, n. 3, p. 263-7, 2006.
21. AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1617-26, 2004.

22. LAIZO, A. et al. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 25, n. 2, p. 166-71, 2010.
23. SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 687-94, 2004.
24. CAMARGO, P. F. et al. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde.**, v. 23, n. 3, p. 38-43, 2016.
25. COUTINHO, M. L. N. et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Rev. Rene**, v. 16, n. 6, p. 908-1005, 2015.
26. SCHRÖDER-BUTTERFILL, E.; MARIANT, R. A framework for understanding old-age vulnerabilities. **Ageing Soc.**, v. 26, n. 1, p. 9-35, 2006.
27. GUTIERREZ, B. A. O. et al. Aspectos biopsicossociais e a complexidade assistencial de idosos hospitalizados. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 427-33, 2014.
28. MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento**: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
29. FREITAS, F. A. S. et al. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. **Fisioter. Pesqui.**, v. 24, n. 3, p. 253-8, 2017.
30. PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
31. GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1185-204, 2017.
32. SILVEIRA, R. E. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**, v. 11, n. 4, p. 514-20, 2013.
33. PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet (Série Brasil)**, p. 11-31, 2011.
34. CIOSAK, S. I. et al. Senescence and senility: a new paradigm in Primary Health Care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 1761-5, 2011.

35. KATHOL, R. G. et al. **The integrated case management manual**: assisting complex patients regain physical and mental health. New York: Springer Publishing Company, 2010.
36. GUTIERREZ, B. A. O.; LIMA, V. L. A influência da rede de suporte social nos aspectos biopsicossociais de pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 355-72, 2012.
37. GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. New social practices constituting the right to health: the experience of a community phytotherapy movement. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 109-22, 2008.
38. COSTA, D. D. O. et al. **A interdisciplinaridade e a saúde do idoso**: questões da prática assistencial para médicos. 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/665>. Acesso em: 16 fev 2019.
39. OLIVEIRA, E. C. et al. Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 172-97, 2017.
40. CARVALHO, A. M. P. **Representações sociais de trabalhadores da estratégia de saúde da família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
41. CAMPONOGARA, S. et al. Percepções de pacientes pós alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 1, p. 1505-13, 2015.
42. DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE on line**, v. 7, n. esp., p. 7151-9, 2013.
43. SANTOS, B. R. L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. esp., p. 49-59, 2000.
44. ALCALÁ POMPEO, D. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 345-50, 2007.
45. COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100007&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100007>. Acesso em 5 nov. 2018.

46. FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>. Acesso em 5 nov. 2018.

47. BERNARDO, J. M. S. et al. Reflexões sobre o cuidado ao idoso hospitalizado através da Biblioterapia: Um método terapêutico humanizado nos hospitais. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 1037-50, 2018.

48. DE JONGE, P. et al. Timing of psychiatric consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. **Psychosomatics**, v. 41, n. 6, p. 505-11, 2000.

49. DE JONGE, P. et al. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. **Psychosom. Med.**, v. 65, n. 4, p. 534-41, 2003.

50. KOCH, N. et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis Care & Research**, v. 45, n. 3, p. 216-21, 2001.

51. DE JONGE, P. et al. Depressive symptoms in elderly patients predict poor adjustment after somatic events. **Am. J. Geriatr Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 57-64, 2004.

52. DE JONGE, P. et al. INTERMED - a clinical instrument for biopsychosocial assessment. **Psychosomatics**, v. 42, n. 2, p. 106-9, 2001.

53. SCERRI, M. et al. The INTERMED questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain. **Joint Bone Spine**, v. 73, n. 6, p. 736-41, 2006.

54. DI GANGI HERMS, A. M. et al. Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: a study using INTERMED. **Psychosomatics**, v. 44, n. 3, p. 196-203, 2003.

55. LOBO, E. et al. Early detection of pneumology inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment. **Psychosom. Med.**, v. 69, n. 1, p. 99-105, 2007.

56. SCERRI, Mike et al. The INTERMED questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain. **Joint Bone Spine**, v. 73, n. 6, p. 736-741, 2006.

57. LOBO, E. et al. Early prediction of psychosocial intervention needs in pneumology patients after nurses' evaluation. **Med. Clin. (Barc.)**, v. 131, n. 19, p. 731-6, 2008.
58. LOBO, A. Psiquiatria psicossomática: la contribución desde la psiquiatria a una “medicina integral”. **Gac. Med. Bilbao**, v. 115, n. 1, p. 20-30, 2018.
59. BERTOLIN, D. C. et al. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1070-6, 2011.
60. MAZZOCATO, C. et al. Comprehensive assessment of patients in palliative care: a descriptive study utilizing the INTERMED. **Journal of pain and symptom management**, v. 19, n. 2, p. 83-90, 2000.

APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Solicitação para realização de pesquisa

São Paulo, 06 de fevereiro de 2018.

Prezado,

Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade

Eu, Aparecida Bernardes dos Santos, enfermeira do HCor e mestrandia do Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo sob a orientação da pesquisadora e docente do referido Programa, Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, solicitamos à V.Sa. a possibilidade de realizar a pesquisa intitulada "A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO INTERMED EM IDOSOS HOSPITALIZADOS", com o objetivo de verificar a utilização do método INTERMED no processo de alta hospitalar.

Esclarecemos-lhe que para o desenvolvimento da pesquisa precisaremos utilizar as informações contidas no banco de dados de prontuários de pacientes que tiveram internados na unidade do 9º andar do prédio 147 no período de 26/08/2015 à 30/05/2016.

Atenciosamente,

Aparecida B. dos Santos

Aparecida B. dos Santos

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Aprovado
[Assinatura]
Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade
Diretor Técnico - Hospital de Coração
CRM 1827

APÊNDICE B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO 2

Solicitação para realização de pesquisa

São Paulo, 06 de fevereiro de 2018.

Prezado,
Srª. Rita de Cassia Pires Coli

Eu, Aparecida Bernardes dos Santos, enfermeira do HCor e mestranda do Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo sob a orientação da pesquisadora e docente do referido Programa, Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, solicitamos à V.Sa. a possibilidade de realizar a pesquisa intitulada "A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO INTERMED EM IDOSOS HOSPITALIZADOS", com o objetivo de verificar a utilização do método INTERMED no processo de alta hospitalar.

Esclarecemos-lhe que para o desenvolvimento da pesquisa precisaremos utilizar as informações contidas no banco de dados de prontuários de pacientes que tiveram internados na unidade do 9º andar do prédio 147 no período de 26/08/2015 à 30/05/2016.

Atenciosamente,

Aparecida B. dos Santos

Aparecida B. dos Santos

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

De acordo
Rita de Cassia Pires Coli
RITA DE CASSIA PIRES COLI
Gerente Operativa de Enfermagem
16/02/2018

ANEXO A - MÉTODO INTERMED – Versão traduzida e validada para o Brasil

Introdução

Conforme combinado, nós teremos esta entrevista visando entender melhor o que suas queixas atuais ou doença significam para você e o que é necessário para melhor controlar sua situação. Agora que nós sabemos sobre sua situação clínica, eu gostaria de ter uma ideia melhor de que tipo de pessoa você é e como você está lidando com seus problemas clínicos; estas informações ajudarão a organizar o cuidado, adaptado às suas necessidades individuais específicas. Durante a entrevista vários tópicos serão abordados. Pode ser que haja certas questões, as quais você realmente gostaria de refletir um pouco mais. Para poder elaborar um plano de tratamento apropriado, é necessário na nossa primeira conversa ter/criar uma visão geral dos problemas. Quando necessário, nós podemos focar nestas questões na próxima fase. Você entende e concorda ou você tem alguma dúvida? Considere se o paciente é capaz de ser entrevistado.

1. Eu vou lhe contar o que eu sei sobre a razão de seu encaminhamento/admissão e seu estado físico atual. Você deve me corrigir quando eu estiver errado. [Gravidade dos Sintomas/Comprometimento; Desafio diagnóstico/ Terapêutico; Cronicidade]
2. Agora eu gostaria de saber como você se sente fisicamente. Sua condição física tem um impacto na sua atividade de vida diária? [Gravidade dos Sintomas/Comprometimento]
3. Agora que você me informou como você se sente fisicamente, eu gostaria de ter mais alguma informação a respeito de suas doenças físicas e tratamentos nos últimos cinco anos. [Cronicidade]
4. Os médicos tiveram alguma dificuldade de esclarecer um diagnóstico com as queixas/doenças que você teve nos últimos 5 anos? Estas queixas não foram solucionadas? Atualmente, essas queixas estão sendo investigadas? [Dilema no Diagnóstico]

- 5.** Quem tem sido os profissionais – médicos, psicólogos, enfermeiros ou assistentes sociais – que estão cuidando de você? Eles trabalham todos na mesma instituição e há coordenação para os atendimentos? [Organização do Cuidado]
- 6.** Existe comunicação mútua entre os profissionais que cuidam de você para discutir e ajustar seu tratamento? [Coordenação do Cuidado]
- 7.** Houve conflitos com médicos durante os últimos cinco anos, os quais te causaram uma má impressão, que podem interferir na sua confiança em médicos? [Experiência do Tratamento]
- 8.** Agora, eu gostaria de saber se você tem um bom sistema de saúde/ plano de saúde. Você já teve problemas com seu sistema de saúde/ plano de saúde? A distância das instituições onde você é tratado é apropriada ou você perdeu consultas devido à distância? Até onde é de meu conhecimento você pode ter uma formação cultural diferente. Os profissionais que cuidam de você levam isso em consideração? (O senhor tem algum costume/hábito diferente que é importante para o senhor e que os profissionais de saúde não estão respeitando? Há problemas de comunicação devido a problemas de linguagem?) [Acesso ao Cuidado]
- 9.** Agora eu gostaria de mudar de assunto e lhe perguntar sobre o modo como você vive. Você tem um trabalho atualmente? Qual nível de escolaridade você alcançou e você se formou? [Problemas Relacionados ao Trabalho e Lazer]
- 10.** Você é uma pessoa que consegue ter lazer? O que você faz para ter alguma distração? Você tem passatempos? [Problemas Relacionados ao Trabalho e Lazer]
- 11.** Você pode me contar como você vive atualmente? E no caso de doença ou deficiência, há alguém com quem você possa contar? [Condições no Domicílio; Rede de Apoio Social Precária]
- 12.** Agora eu gostaria de saber como você é. No geral, você é uma pessoa calma e estável? Você é alguém que consegue ter um bom relacionamento com outras pessoas ou há conflitos às vezes? [Situação social; Barreiras de Enfrentamento]

13. Eu gostaria de lhe perguntar sobre sua dependência de tabaco e bebida e a relação destes com os seus problemas atuais? Você usa analgésico? Você às vezes se preocupa que você possa usá-los em excesso? [Barreiras de Enfrentamento]

14. Como você lida com situações difíceis? Estas seriam uma razão para usar álcool, tabaco ou drogas? Você é propenso a adiar decisões? Isso o levaria a falar demais ou ficar em silêncio? [Barreiras de Enfrentamento]

15. Agora eu gostaria de saber como você se sentiu emocionalmente durante a última semana. Eu quero dizer, tenso, ansioso, desanimado ou esquecido? [Sintomas Psiquiátricos]

16. Você já consultou um psiquiatra alguma vez na sua vida ou houve períodos em que você esteve ansioso, deprimido ou confuso? [Disfunção Psiquiátrica]

17. Finalmente, eu gostaria de saber como você segue as recomendações do seu médico. Você é uma pessoa que geralmente faz o que os médicos recomendam? [Resistência ao Tratamento].

Agora, chegando ao final da entrevista, eu gostaria de enfatizar que você forneceu informações muito úteis. Vou elaborá-las e discuti-las com a equipe. Nós podemos discuti-las durante nossa próxima consulta. Eu finalmente gostaria de saber como você se sentiu nesta entrevista? Você acha que estas informações serão úteis para te tratar bem ou há informações importantes que faltaram?

ANEXO B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Hospital do Coração
HCor
Associação do Sanatório Sírio

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

Idade: _____, sexo: _____, meses

Id: _____, Leito: _____

Avaliação da Complexidade Biopsicossocial e Sistema de Saúde

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

A) Gravidade (Histórico) ☐ N/A

Score			
Menos que 3 meses de disfunção física 0	Mais que 3 meses de disfunção física ou vários períodos inferiores há 3 meses 1	Uma doença crônica 2	Várias doenças crônicas 3
Total: _____			

B) Exatidão dos diagnósticos (Histórico)

Tratamento prévio e cirurgias ☐ Não ☐ Sim, se afirmativo, preencha os campos abaixo:

Qual o Procedimento?	Quando?

Score			
Sem período de complexidade diagnóstica 0	Exatidão não rápida 1	Exatidão com esforço considerável 2	Diagnósticos não esclarecidos 3
Total: _____			

C) Sua condição física tem um impacto nas suas atividades de vida diária? (Estado Atual) ☐ Não ☐ Sim

Grau de vida das atividades	Sem sintomas ou sintomas leves, que não interferem na funcionalidade atual 0	Sintomas leves, que não interferem na funcionalidade atual 1	Sintomas moderados, que interferem na funcionalidade atual 2	Sintomas graves, que levam à incapacidade de realizar atividades funcionais 3
Diagnóstico	Diagnósticos claros e/ou tratamento não complicado 0	Diagnóstico diferencial com tratamentos definidos 1	Dificuldade para diagnosticar a causa física e tratá-la de forma esperada 2	Dificuldade para tratar devido a problemas que interferem no processo terapêutico 3
Complicações e ameaça à vida	Nenhum risco de limitações nas atividades de vida diária 0	Risco leve de limitações nas atividades de vida diária 1	Risco moderado de limitações nas atividades de vida diária 2	Risco elevado de complicações físicas com déficit funcional permanente e/ou morte 3
Total: _____				

D) Risco Doença Mental

Balanço de enfrentamento (Histórico)	Capacidade de manejar o estresse: procura de apoio ou passatempo 0	Alteração de comportamento leve e limitabilidade 1	Enfrentamento insulino: Abuso de substâncias sem impactos sérios nas condições clínicas, mentais e sociais 2	Enfrentamento mínimo: dependência de substâncias, tentativa de suicídio, comportamento destrutivo 3
Disfunção psicológica (Histórico)	Nenhuma disfunção psicológica 0	Antecedentes psicológicos sem efeitos claros na funcionalidade diária 1	Antecedentes psicológicos com efeitos na funcionalidade diária (fobia, TOC, pânico) 2	Hospitalização psicológica e/ou efeitos permanentes na funcionalidade diária 3
Resistência ao tratamento (Estado Atual)	Intensidade em receber tratamento e disposto a cooperar ativamente 0	Ambivalência, mas está disposto a cooperar com o tratamento 1	Resistência considerável e dificuldade no contato com os profissionais de saúde 2	Resistência ativa ao cuidado 3
Síntoma psicológico (Estado Atual)	Sem sintomas psicológicos 0	Sintomas psicológicos leves: atual dificuldade de concentração ou tédio 1	Apresenta sintomas de ansiedade, depressão ou comprometimento cognitivo leve 2	Apresenta sintomas psicológicos (auto agressão, delírio, pânico ou mania) 3
Ameaça à saúde mental (Vulnérabilidade)	Sem risco de transtorno psicológico 0	Risco leve 1	Risco moderado 2	Risco grave 3
Total: _____				

E) Risco Social ☐ NA ☐ Suspeita ou confirmação de maus tratos, violência ou abandono de incapaz

Ocupação: ☐ Estudante ☐ Trabalho ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Do lar

Convívio social: ☐ Vive com outras pessoas ☐ Vive sozinho ☐ Vive sem qualquer modalidade assistencial

Na presença de dificuldade, com quem você pode contar? ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Pai ☐ Amigo ☐ Cuidador ☐ Ninguém

Trabalho e lazer (Atualizado)	Trabalho/ou paixão (serviço doméstico, aposentadoria, estudos) e tem atividades de lazer 0	Parou trabalho/ou paixão, mas não tem atividades de lazer 1	Atualmente desempregado e pelo menos 6 meses em atividades de lazer 2	Atualmente desempregado e pelo menos 6 meses sem atividades de lazer 3
Situação social (Atualizado)	Sem ruptura social 0	Dificuldade de interação social leve 1	Dificuldade de interação social moderada: dificuldade de iniciar ou manter relações sociais 2	Dificuldade de interação social grave: relações sociais com limites ou isolamento social 3
Condições no domicílio (Estado Atual)	Do domicílio estável; totalmente capaz de viver independentemente 0	Do domicílio estável com ajuda de outros familiares, cuidador domiciliar ou institucional 1	Domicílio instável sem apoio em casa ou vivendo em abrigo; necessidade mudança de situação de vida atual 2	Domicílio atual insatisfatório: moradia precária ou ambiente perigoso; é necessária mudança imediata 3
Presença de rede de apoio (Estado Atual)	Suporte disponível de familiares, amigos, e/ou conhecidos em todos os momentos 0	Disponibilidade inconstante 1	Disponibilidade limitada 2	Nenhum suporte 3
Vulnerabilidade social	Sem risco de mudanças na situação de vida; suporte social e integração adequados 0	Sem risco de mudança, mas tem necessidade de cuidado domiciliar 1	Risco de admissão temporária ou permanente em instituição 2	Necessidade imediata de admissão temporária ou permanente em instituição 3
Total: _____				

F) Acesso ao cuidado

Em sua vida, houve limitação no acesso ao cuidado? ☐ Não ☐ Sim

☐ Problemas do sistema de saúde/plano de saúde ☐ Idioma ☐ Rastros geográficos ☐ Barreiras culturais

Sistema		
Única alternativa 1	Dois ou mais alternativas 2	Sem acesso adequado ao cuidado 3
Total: _____		

G) Sistema de Saúde

Experiência do Tratamento (Atualizado)	Sem problemas com profissionais de saúde 0	Experiência negativa com os profissionais de saúde (sua ou de parentes) 1	Pedido de segunda opinião ou mudança de múltiplos profissionais; problema em manter pelo menos (1) profissional (até) 2	Conflito com múltiplos, visitas frequentes ao serviço de emergência, hospitalização involuntária; hospitalização com profissionais individuais por curto, opções de rede de atenção, ou outras razões 3
Tempo de espera do sistema de saúde/gestão de saúde (Atualizado)	Sem risco de impedimentos para coordenar cuidado físico e de saúde mental 0	Risco leve de impedimentos ao cuidado, por exemplo, restrições do sistema de saúde/plano de saúde, acesso distante ao serviço, comunicação limitada com os profissionais e/ou coordenação do cuidado 1	Risco moderado de impedimentos ao cuidado, por exemplo, potencial perda do sistema de saúde/plano de saúde, profissionais inconsistentes, barreiras de comunicação 2	Risco elevado de impedimentos ao cuidado, pouco ou nenhum acesso ao sistema de saúde/plano de saúde, resistência à comunicação e coordenação entre profissionais 3
Total: _____				

Total Geral	_____ + 3 = _____	Notificado para: _____	Notificado para: _____
Complexidade	Ação	Data: ____/____/____ Hora: ____:____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Pontuação <10	Sem ação	Observações:	
Pontuação >10	Acompanhar a complexidade		
Pontuação 15 - 25	Analisar a complexidade		
Pontuação 25 - 30	Risco específico, necessidade de análise e planejamento		
Pontuação > 30	Cuidado integrado intensivo. Risco específico, necessidade de análise e planejamento	Nome do(a) Enfermeiro(a)	Carimbo / Assinatura