

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**CAMILA ALMEIDA DE OLIVEIRA**

**A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo  
INTERMED.**

**RIBEIRÃO PRETO  
2020**

**CAMILA ALMEIDA DE OLIVEIRA**

**A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo  
INTERMED.**

**VERSÃO ORIGINAL**

**Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto/USP –  
Departamento de Medicina Social para  
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Área de Concentração: Atenção Primária à Saúde  
Orientador: João Mazzoncini de Azevedo Marques  
Co-orientador: Magdalena Rzewuska**

**Ribeirão Preto  
2020**

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.

Oliveira, Camila Almeida de

A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED. Ribeirão Preto, 2020.

84 p.97 : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Marques, João Mazzoncini de Azevedo

Co-orientador: Rzewuska, Magdalena

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Estudos de Validação. 4. INTERMED. 5. Serviços de Saúde.

**Nome:** Oliveira, Camila Almeida de

**Título:** A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Aprovado em:**

**Banca Examinadora**

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho ao Junior Custódio Rejani, pela sua paciência, por estudar comigo e sempre me incentivar a nunca desistir e por estar ao meu lado em todos os momentos, não apenas na elaboração deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente no processo deste trabalho.

Em especial ao Professor Doutor João Mazzoncini de Azevedo Marques, que me orientou e me guiou pelo processo de crescimento acadêmico, permitindo que minhas ideias fossem colocadas em prática.

A Doutora Magdalena Rzewuska, pela orientação e por abrir meus horizontes para novas expectativas e crescimentos.

A Professora Doutora Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, que apesar de não me orientar de forma oficial, esteve apoiando, orientando durante todo o processo de desenvolvimento do projeto.

Agradeço aos pesquisadores que me auxiliaram na coleta de dados: Natália Chiapini Danellucci Degani, Estenifer Marques Balco, Lisa Laredo de Camargo e Michel Arantes Barros, que sem eles não seria possível terminar o projeto. Em especial a minha querida amiga Lisa Laredo que esteve ao meu lado dando apoio e me incentivando a continuar.

A toda as Equipes de Saúde, em particular seus gestores: Dr. Max Lima, Professor Doutor Amaury Lellis Dal Fabbro e enfermeira Elaine Aparecida Pastorelli, por apoiar a iniciativa do projeto, por abrir as portas das unidades de saúde e por contribuir de forma direta ou indireta para que esse projeto fosse realizado.

E for fim, mas com a mesma importância a CAPES, pois, o “presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

## RESUMO

Oliveira, Camila Almeida de. A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2020

**Introdução:** O uso da INTERMED na Atenção Primária à Saúde pode contribuir para o oferecimento de planos de cuidado personalizados e cuidado integrado, se mostrar propriedades psicométricas adequadas nesse ambiente. **Objetivos:** O objetivo do estudo foi analisar a validade e a aplicabilidade do INTERMED na APS. **Métodos:** A primeira etapa do trabalho consistiu em uma revisão da literatura, a fim de analisar as suas propriedades psicométricas como um todo, focando em pacientes com transtornos mentais. A seleção de artigos foi realizada nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed), American Psychological Association (PsycINFO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A segunda etapa foi a avaliação da sua validade e aplicabilidade em 230 pacientes de três serviços de APS da cidade de Ribeirão Preto, utilizando dados de entrevistas e prontuários. O coeficiente de correlação de Spearman mediu a validade concorrente das pontuações de cada domínio do INTERMED (serviços biológicos, psicológicos, sociais, de saúde) com a pontuação total dos instrumentos Índice de Comorbidade Charlson, HADS, MOS-SSS e WOQOL-BREF. O  $X^2$  de Pearson mediu associações da soma das variáveis de estado atual do INTERMED com uso da APS, de outros serviços de saúde e de medicações. O alfa de Cronbach avaliou a consistência interna. Avaliamos a aplicabilidade do INTERMED através: a) das opiniões dos pacientes (sobre o entendimento de suas perguntas e respostas, sobre sua relevância para descrever aspectos da saúde importantes para o planejamento da assistência e sobre o tempo necessário para sua aplicação); b) do tempo necessário para aplicação medido objetivamente; e c) das informações sobre as variáveis do INTERMED já existentes nos prontuários dos pacientes. **Resultados:** Os artigos analisados mostraram que o método INTERMED teve resultados positivos na identificação de pacientes que precisam de cuidados complexos, o que direcionou a realização de intervenções psiquiátricas rápidas que diminuíram o tempo de permanência no ambiente hospitalar, o número de internações e melhorou a qualidade de vida dos pacientes; no entanto não se encontrou artigos sobre seu uso na APS. Na segunda etapa, 230 pacientes completaram a avaliação (idade média de 45,92, 56,1% do sexo feminino). Os Coeficientes de Correlação de Spearman localizaram-se entre 0,44 - 0,65. Coeficientes de Pearson foram  $p = 0,020$  ( $X^2 = 26,812$  e  $X^2 = 26,883$ ) e  $p = 0,013$  ( $X^2 = 28,270$ ). O Alfa de Cronbach foi 0,806. Mais de 93%

dos pacientes consideraram INTERMED de bom entendimento, com pouco tempo de aplicação e fornecendo informações relevantes para ajudar em seus cuidados. A duração média da aplicação foi de 8,58 minutos. Somente o domínio biológico do INTERMED já tinha todas as suas variáveis presentes em mais de 50% dos prontuários. **Conclusão:** O INTERMED tem bom potencial de uso no contexto da APS, podendo substituir ou complementar outros instrumentos padronizados para auxiliar os profissionais de saúde e a equipe. No entanto, novos estudos são necessários, principalmente para avaliar sua validade preditiva em relação ao uso de serviços de saúde e para avaliar sua aplicabilidade junto às equipes de APS.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde. Estudos de Validação. Assistência Centrada no Paciente. Assistência Integral à Saúde.



## ABSTRACT

Oliveira, Camila Almeida de. Health Needs Complexity in Primary Care assessed through the INTERMED. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2020.

**Introduction:** The use of INTERMED in Primary Health Care can contribute to the provision of personalized care plans and integrated care if it shows adequate psychometric properties in that setting. **Objectives:** The objective of the study was to analyze the validity and applicability of INTERMED in PHC. **Methods:** The first step of the work consisted of a literature review, in order to analyze its psychometric properties, focusing on patients with mental disorders. The selection of articles was carried out in the databases National Library of Medicine (PubMed), American Psychological Association (PsycINFO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The second stage was the evaluation of its validity and applicability in 230 patients from three PHC services in the city of Ribeirão Preto, using data from interviews and health records. Spearman's correlation coefficients measured the concurrent validity of the scores of each INTERMED domain (biological, psychological, social, health services) with the total score of the Charlson Comorbidity Index, HADS, MOS-SSS and WOQOL-BRE instruments. Pearson's  $X^2$  measured associations of the sum of INTERMED's current state variables with the use of PHC, other health services and medications. Cronbach's alpha assessed internal consistency. We evaluate the applicability of INTERMED through: a) the opinions of patients (the understanding of its questions and answers, relevance to describe aspects of health important for planning care and on the time required for its application); b) the time required for application measured objectively; and c) information about the INTERMED variables already in the patients' medical records. **Results:** The analyzed articles showed that the INTERMED method had positive results in the identification of patients who need complex care, which directed the performance of rapid psychiatric interventions that decreased the length of stay in the hospital, the number of hospitalizations and improved the quality of patients' life; however, there were no articles regarding its use in PHC. In the second stage, 230 patients completed the assessment (mean age 45.92, 56.1% female). Spearman's correlation coefficients were between 0.44 - 0.65. Pearson's coefficients were  $p = 0.020$  ( $X^2 = 26.812$  and  $X^2 = 26.883$ ) and  $p = 0.013$  ( $X^2 = 28.270$ ). Cronbach's Alpha was 0.802. More than 93% of patients considered INTERMED to be well understood, with short application time and providing relevant information to help with their

care. The average duration of the application was 8.58 minutes. Only the biological domain of INTERMED already had all its variables present in more than 50% of the medical records.

**Conclusion:** INTERMED has good potential for use in the context of PHC and can replace or complement other standardized instruments to assist health professionals and staff. However, further studies are needed, mainly to assess its predictive validity in relation to the use of health services and to assess its applicability with PHC teams.

Keywords: Primary Health Care. Delivery of Health Care. Validation Study. Patient-Centered Care. Comprehensive Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Fluxograma da tradução, adaptação transcultural e validação do INTERMED no Brasil.....22

### **ARTIGO – REVISÃO INTEGRATIVA**

Figura 2 (Figura 1 - Fluxograma Prisma Adaptado) .....32

### **ARTIGO ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO INTERMED**

Figure 3 (Figura 1 - Graphical representation of application's time and total score of the INTERMED) ..... 51

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 – (Tabela 1 - representação gráfica relacionando os Domínios e Contextos temporais e variáveis)..... Erro! Indicador não definido.**

### ARTIGO – REVISÃO INTEGRATIVA

**Tabela 2 - (Tabela 1 - Resultados encontrados nas bases de dados de acordo com as combinações das palavras-chave e descritores selecionados) ..... 30**

**Tabela 3 - (Tabela 2 - Artigos selecionados para análise final) ..... 32**

### ARTIGO ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO INTERMED

**Tabela 4 (Table 1 - Socio-demographic characteristics from 230 PHC patients). ..... 47**

**Tabela 5 (Table 2 – Profile of 230 PHC patients regarding INTERMED variables (absolute and percentage)) ..... 48**

**Tabela 6 (Table 3 - Spearman's correlation coefficients between INTERMED and other tools). ..... 49**

**Tabela 7 (Table 4 - Pearson's X<sup>2</sup> regarding the sum of the scores of the "current state" variables of INTERMED and health services use)..... Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 8 (Table 5 - Descriptive analysis of interview length and INTERMED score). ..... 50**

**Tabela 9 (Table 6 - Completeness of INTERMED's Domains in the Health Records (absolute and percentage))..... 52**

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Introdução.....	16
1.2 Complexidade das necessidades de cuidado de saúde.....	17
1.3 INTERMED .....	18
1.4 Processo de desenvolvimento e análise dos valores psicométricos do INTERMED.....	21
<b>2. ARTIGO – REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>24</b>
2.1 Método INTERMED para pacientes com transtornos mentais: revisão integrativa da literatura.....	25
2.2 RESUMO .....	26
2.3 ABSTRACT .....	27
2.4 Introdução.....	28
2.5 Material e Métodos.....	29
2.6 Resultados.....	31
2.7 Discussão.....	34
2.8 Conclusões.....	36
2.9 Referências .....	37
<b>3. ARTIGO ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO INTERMED.....</b>	<b>40</b>
3.1 Health Needs Complexity in Primary Health Care assessed through the INTERMED: a validity and feasibility study. ....	41
3.2 Abstract.....	42
3.3 Introduction .....	43
3.4 Methods .....	44
3.4.1 Study design and sampling.....	44
3.4.2 Instruments .....	45
3.4.3 Training of researchers to apply INTERMED .....	45
3.4.4. Procedures .....	46
3.4.5 Statistical Analysis .....	46
3.4.6 Ethical Aspects .....	46
3.5 Results .....	47
3.6 Discussion.....	53
3.7 Study Limitations .....	54
3.8 Conclusions .....	54
3.9 References .....	55
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>59</b>
4.1 Considerações finais.....	60

<b>4. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
4.1 Referência da dissertação .....	62
<b>5. APÊNDICE .....</b>	<b>69</b>
APENDICE 1 – Autorização das Unidades de Saúde.....	70
Vila Albertina .....	70
Núcleo Saúde da Família - 3.....	71
CSE Ipiranga/UBS Ipiranga .....	72
APENDICE 2 .....	73
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	73
APENDICE 3 .....	75
Escala de Avaliação da Aplicabilidade por parte dos pacientes.....	75
APENDICE 4 .....	78
Questionário sócio demográfico.....	78
APENDICE 5 .....	80
Avaliação da análise do estado de saúde, social e ocupacional do paciente. ....	80
<b>6. ANEXO.....</b>	<b>81</b>
Anexo 1 – Instrumentos.....	82
INTERMED .....	82
Escala de Qualidade de Vida – Whoqol bref.....	89
Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão.....	92
Questionário Escala de Apoio Social (MOS).....	93
Índice de Comorbidade de Charlson .....	94
ANEXO 2 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.....	95
ANEXO 3 – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96
ANEXO 4 – Autorização para uso do INTERMED pela Bernadete Weber.....	97

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os sistemas de saúde devem ser integrados e centrados nas pessoas, ou seja, devem ser estruturados para que os seus usuários consigam ser continuamente acompanhados, obtendo o auxílio necessário para gerenciarem no seu cotidiano a promoção de saúde e também a prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, considerando seus valores e objetivos de vida. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Quando analisamos a prática clínica dos profissionais de saúde - incluindo as informações contidas nos prontuários - percebemos uma escassez de informação biopsicossocial mais ampla, seja pelo não questionamento dos profissionais sobre as dimensões psicológicas e sociais ou, quando realizado o questionamento, pela não importância dada a esses dados, a ponto de não registrarem nos prontuários.

Desta forma, podemos pressupor as dificuldades que os profissionais e as equipes enfrentam no seu trabalho cotidiano para realizar o diagnóstico e estratificação de risco/vulnerabilidade conforme a complexidade do cuidado de saúde necessário para cada pessoa e, a partir daí, construir Planos de Manejo dos Cuidados de Saúde junto com os seus pacientes (STEWART et al., 2017), de modo a atingir os objetivos amplos de cuidado integrado e centrado na pessoa como proposto pela OMS.

De acordo com Lee (2018), na Atenção Primária à Saúde (APS) existe uma dificuldade para compreender quais fatores que interferem, no diagnóstico da complexidade de necessidade de cuidado de serviços em saúde, pois não há ainda nesse nível de atenção um instrumento sistematicamente estudado que seja focado não apenas nas características da própria pessoa, mas também nas ações dos serviços e profissionais de saúde.

O INTERMED é um instrumento que avalia detalhadamente a complexidade de necessidade de cuidados de saúde de cada paciente utilizando explicitamente uma abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa. Pode ser aplicado por diferentes profissionais de saúde e, potencialmente, em serviços de todos os níveis de atenção das redes de saúde, facilitando a elaboração de Plano Conjunto de Manejo dos Cuidados de Saúde mais humanizados e eficazes (STIEFLE et al., 2006).

Para uma compreensão melhor em relação ao INTERMED, é necessária uma descrição do conceito de “complexidade das necessidades de cuidados de saúde”, assim como também uma revisão dos estudos sobre o seu desenvolvimento e aplicação até o presente momento e, também, sobre seu potencial de uso na APS.



## 1.2 Complexidade das necessidades de cuidado de saúde

Complexidade, como definido por Pagani e colaboradores (2017), pode ser compreendida como um conjunto de elementos que se interligam em redes fortemente emaranhadas dificultando que seus comportamentos sejam previstos, produzindo frequentemente fenômenos incertos e indeterminados, cuja a crença, se origina que o todo é mais importante que a soma de suas partes ou elas analisadas individualmente.

Atualmente há vários instrumentos que avaliam a condição de saúde isoladamente, não levando em consideração fatores além da saúde física ou mental ou a correlação entre sintomas e multimorbidades. Desta forma, são necessários instrumentos que sejam capazes também de perceber o paciente dentro de suas expectativas, crenças, metas de vida e compreensão de saúde, e qual o impacto das condições de saúde na qualidade de vida e funcionalidade (BUTLER et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), pois essas variáveis podem interferir na organização, coordenação e aderência do paciente ao tratamento proposto, devendo ser muito bem compreendido e explorado, de forma objetiva e avaliativa, capaz de prever futuras complicações na saúde do paciente.

A complexidade das necessidades de cuidado de saúde de cada pessoa abrange um entendimento além de variáveis biológicas dando ênfase também para as relações sociais incluindo o envolvimento da própria pessoa no seu cuidado) (HUYSE et al., 1988), no envolvimento dos determinantes sociais de saúde, incluindo o acesso, a organização e a qualidade dos cuidados dos serviços de saúde ofertados) (COPPA; WINCHESTER; ROBERTS, 2018; HUYSE, 1997; MANNING; GAGNON, 2017).

Para Huyse (1997), ao descrever o termo complexidade em saúde, refere ao tempo de internação do paciente em enfermarias hospitalares e o risco aumentado de utilização dos serviços de saúde, podendo estar relacionado com doenças crônicas (tanto física quanto mentais), vulnerabilidades sociais, baixa aderência ao tratamento e baixa coordenação e organização do sistema de saúde.

Na Atenção Primária a Saúde, é descrito que a complexidade se relaciona com o fato dos pacientes requererem uma atenção excessiva (atendimentos agendados ou por consultas esporádicas de urgência/emergência), o não envolvimento do paciente no próprio cuidado (MANNING; GAGNON, 2017), complicações das condições crônicas e incapacidades que afetam a funcionalidade (COPPA; WINCHESTER; ROBERTS, 2018), impulsionando o uso dos recursos dos serviços de saúde.

A complexidade da necessidade de cuidados de saúde deve ser avaliada de forma objetiva com instrumentos capazes de descrever variáveis relacionadas: 1) ao próprio paciente

(morbidades e sintomas que atuam de forma independente; comportamentos que interferem na aderência ao tratamento) e 2) ao sistema de saúde (diversidade dos resultados e prognósticos; quantidade de ações necessárias do sistema de saúde; níveis organizacionais necessários direcionados pela intervenção e grau de flexibilidade ou adaptabilidade da intervenção (MARCOUX et al., 2017)).

Em outras palavras, para Huyse e colaboradores (HUYSE, 1997; HUYSE et al., 1999; LOBO et al., 2015) complexidade das necessidades de cuidado em saúde são situações do paciente que requerem cuidados mais intensivos, diversificados e de maior custo (internações hospitalares, encaminhamentos constantes para médicos especialistas, maior consumo de medicamentos, consultas em serviços de urgência/emergência e/ou quantidades excessivas de agendamentos na Atenção Primária a Saúde).

Isso aponta para a necessidade de uma formulação diagnóstica e terapêutica abrangente para ajudar os profissionais de saúde na sua clínica cotidiana, que utilize uma concepção biopsicossocial e centrada na pessoa, facilitando assim a percepção das demandas e necessidades do uso do serviço de saúde específicas de cada pessoa e a personalização do planejamento e gestão dos seus cuidados (HUYSE et al., 1997; HUYSE, 1997).

### **1.3 INTERMED**

O INTERMED que possui como objetivos: a) promover avaliação integral das necessidades de cuidado de saúde (HUYSE, 1997) e b) melhorar o fluxo de informações e comunicação entre pacientes e sistema de saúde (INTERMED FOUNDATION, 2009). Permite realizar diagnósticos biopsicossociais capazes de estratificar riscos/vulnerabilidades das pessoas.

É baseado em uma matriz biopsicossocial que avalia aspectos biológico/físicos, psicológico/psiquiátricos e sociais (estes últimos divididos em dois âmbitos: situações de vida social do paciente; e sua relação com o sistema de saúde), barreiras e facilitadores da aderência ao tratamento e a melhoria da condição de saúde (HUYSE et al., 1997). É operacionalizado através de uma avaliação semiestruturada composta por 16 perguntas abertas, divididas entre os Domínios Biológico, Psicológico, Social e Sistema de Saúde, cujas respostas permitem o preenchimento de 20 variáveis que estão localizadas em um contexto temporal: o que ocorreu no passado (“historicidade”), o que ocorre no presente (“condições atuais”) e o que pode ocorrer no futuro (“prognóstico/vulnerabilidade”) quanto à necessidade de cuidados de saúde do paciente (HUYSE et al., 1999; STIEFLE et al., 2006).

Na versão entrevista para adultos do INTERMED, os facilitadores e as barreiras para a melhoria das condições de saúde são avaliados em cada domínio através das seguintes variáveis (KATHOL; HOBBS KNUTSON; DEHNEL, 2016):





1. Domínio Biológico - a presença de doenças crônicas; tratamentos inapropriados; sintomas e doenças de difícil controle; tratamentos caros, complicados, invasivos ou dolorosos desnecessários; e baixa resposta ao tratamento;
2. Domínio Psicológico - o enfrentamento das situações cotidianas; tanto o histórico quanto os sintomas mentais atuais; a motivação de aderência ao tratamento;
3. Domínio Social - trabalho e lazer; relacionamentos interpessoais; situação de vida atual; sistema de suporte social;
4. Domínio Sistema de Saúde - acesso ao cuidado de saúde; experiências negativas ou adversas ao tratamento e ao profissional; desafios logísticos do paciente em obter serviços de saúde ou seguir o tratamento; fragmentação do sistema de saúde. é avaliado pelo Domínio Sistema de Saúde.

O contexto Historicidade possui uma avaliação dos últimos cinco anos do paciente nas variáveis cronicidade, dilema no diagnóstico, barreiras de enfrentamento, trabalho e lazer, situação social e experiência ao tratamento; com exceção das variáveis diagnóstico psiquiátrico que avalia toda a vida do paciente e o acesso ao serviço de saúde que avalia os últimos seis meses. O contexto Estado Atual avalia os últimos 30 dias do paciente e o contexto Prognóstico, avalia os próximos três a seis meses (para completar essa etapa o profissional de saúde não faz perguntas específicas para o paciente e, sim, através de sua experiência clínica realiza a pontuação ((INTERMED FOUNDATION, 2009; KATHOL; KNUTSON; DEHNEL, 2016)

O instrumento foi desenvolvido com a prerrogativa de ser um método capaz de auxiliar os profissionais de saúde a formularem Plano Conjunto de Manejo dos Cuidados de Saúde integral e centrado na pessoa (KATHOL; PEREZ; COHEN, 2010).

Tabela 1 - representação gráfica relacionando os Domínios e Contextos temporais e variáveis

DOMÍNIOS	HISTÓRIA	ESTADO ATUAL	PROGNÓSTICO
<b>BIOLÓGICO</b>	Cronicidade (0) (1) (2) (3) Dilema no diagnóstico (0) (1) (2) (3)	Gravidade dos Sintomas (0) (1) (2) (3) Desafio diagnóstico (0) (1) (2) (3)	Complicações e Ameaça a vida (0) (1) (2) (3)
<b>PSICOLÓGICO</b>	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)
<b>SOCIAL</b>	Problemas no trabalho e lazer (0) (1) (2) (3) Situação Social (0) (1) (2) (3)	Condições no Domicílio (0) (1) (2) (3) Apoio social precária (0) (1) (2) (3)	Vulnerabilidade Social (0) (1) (2) (3)
<b>SISTEMA DE SAÚDE</b>	Acesso ao cuidado (0) (1) (2) (3) Experiência ao tratamento (0) (1) (2) (3)	Organização do Cuidado (0) (1) (2) (3) Coordenação do Cuidado (0) (1) (2) (3)	Impedimentos do Sistema de Saúde (0) (1) (2) (3)

- (0)  Sem vulnerabilidade/apenas educação em saúde (1)  Baixa vulnerabilidade /necessidade de monitoramento ou prevenção
- (2)  Média vulnerabilidade /necessidade moderada de tratamento ou inclusão em um plano de tratamento (3)  Alta vulnerabilidade / necessidade de tratamento imediato ou intensivo

Cada domínio é subdividido em cinco variáveis, cada um dos quais possui uma escala Likert com quatro pontos de Ancoragem Clínica, cada um com um escore específico (WEBER et al., 2012), claramente definidos e operacionalizados. A classificação numérica e por cor, determina o nível de vulnerabilidade do paciente e as ações dos profissionais de saúde de forma crescente. É uma representação gráfica e concreta que pode auxiliar paciente e profissionais a traçarem um Plano Conjunto de Manejo dos Cuidados de Saúde (KATHOL; HOBBS KNUTSON; DEHNEL, 2016)

Após a observação dos Pontos de Ancoragem Clínica do INTERMED, pelos pacientes e pelos profissionais de saúde pode ser realizada uma reflexão conjunta sobre os possíveis objetivos do cuidado de saúde que devem ser alcançados e as maneiras de medi-los e realizá-los. Desse modo, os profissionais de saúde podem, gradativamente, orientar e preparar o paciente para o seu autocuidado (KATHOL; HOBBS KNUTSON; DEHNEL, 2016).

#### **1.4 Processo de desenvolvimento e análise dos valores psicométricos do INTERMED**

O processo de desenvolvimento do INTERMED ocorreu a partir de um estudo multicêntrico realizado por um grupo de pesquisadores europeus, para detectar riscos psicossociais de pacientes psiquiátricos internados que necessitassem de um maior cuidado durante a internação e no período de pós internação (de transição de cuidado para serviços extra-hospitalares) (HUYSE et al., 1996; LOBO et al., 1996; MALT et al., 1996). A partir deste estudo, houve a necessidade de desenvolver e validar um instrumento que não apenas permitisse uma triagem destes pacientes complexos, mas também um método de avaliação integral e centrada na pessoa, que permitisse uma sistematização das necessidades de cuidados de saúde dos pacientes (BOENINK; HUYSE, 1997).

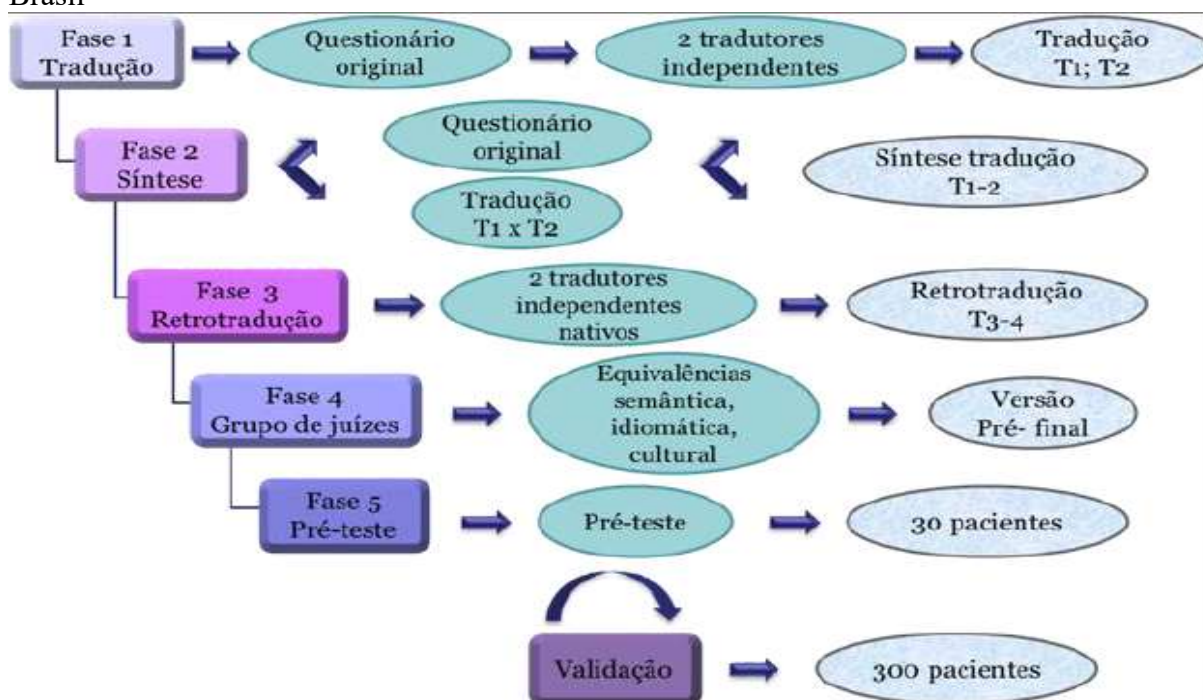
O processo de desenvolvimento e validação iniciou-se na Holanda no contexto hospitalar com pacientes internados em enfermarias gerais (HUYSE et al., 1999; STIEFEL et al., 1999), apresentando valores de coeficiente de Spearman entre 0.55 a 0.75 (DE JONGE et al., 2004). Estudos de confiabilidade interavaliadores apresentaram os seguintes resultados: ICC de 0.98 (KISHI et al., 2010) Kappa ponderado de 0.85; alfa de Crombach de 0.88; Correlação de Spearman de 0.96 e análise de Cluster com a separação em três grupos diferentes (DE JONGE; LATOUR; HUYSE, 2002).

Posteriormente, foi validado para diversas patologias – dor lombar, diabetes, pacientes em cuidados paliativos, esclerose múltipla, e com traumas ortopédicos. (MICHAUD et al., 2016; SCERRI et al., 2006; VOUILLOZ et al., 2011). Também para pacientes urológicos (quanto à versão auto aplicável) (DI GANGI HERMS et al., 2003; WILD et al., 2011); com pacientes espanhóis com câncer, problemas pulmonares e internados em enfermarias hospitalares (KOCH et al., 2001; LOBO et al., 2007, 2008, 2013); no contexto de urgência e emergência na Áustria (MATZER et al., 2012); e nos Estados Unidos no contexto terciário para uso de Gerentes de Caso (KATHOL; HOBBS KNUTSON; DEHNEL, 2016; MELLER et al., 2015), no Canadá na versão pediátrica (NADER, 2020), e na versão autoaplicável para idosos na Holanda (PETERS et al., 2013)

No Brasil, a pesquisa de validação do INTERMED teve início através da pesquisadora Bernadete Weber (WEBER et al., 2012), no contexto hospitalar e com pacientes idosos (GUTIERREZ; SILVA; SHIMIZU, 2014), sendo realizado um estudo de tradução, adaptação transcultural e validação, cujo processo será descrito a seguir.

Nesse estudo, foi utilizado o processo demonstrado na figura 1.

Figura 1- Fluxograma da tradução, adaptação transcultural e validação do INTERMED no Brasil



Fonte: (WEBER, 2012)

Fase 1 Tradução - participaram dois tradutores independentes, sendo uma enfermeira com conhecimento dos objetivos da pesquisa e uma professora de inglês, que traduziram para o português brasileiro o instrumento original.

Fase 2 Desenvolvimento de uma síntese – a partir das duas traduções e da versão original, uma síntese das versões foi desenvolvida, através de um consenso, entre pesquisadores com formação em nutrição, enfermagem, fisioterapia e gerontologia.

Fase 3 Retrotradução – a partir da síntese formada na fase anterior, dois tradutores independentes, um americano e um inglês, ambos com domínio na língua portuguesa e que não conheciam a versão original realizaram a tradução da versão brasileira para o inglês.

Fase 4 Avaliação por grupo de juízes - A avaliação da equivalência semântica, idiomática e cultural, foi realizada por um grupo de nove juízes (de diversas profissões da área de saúde), com experiência em gestão de saúde, assistência e metodologia de pesquisa, os quais receberam todas as versões do instrumento original, as duas traduções, a síntese posterior e as duas versões de retrotradução. Os juízes analisaram todos os componentes do instrumento preenchendo uma avaliação de concordância/discordância quanto à forma final de cada questão, e posteriormente reuniram-se em uma conferência de consenso para avaliar e comparar a versão original e a final a ser testada.

Fase 5 Pré-teste – O INTERMED, foi aplicado em 30 pacientes, divididos em três instituições diferentes, por pesquisadores treinados no instrumento. Nessa etapa foram avaliados o entendimento de cada item e as respostas das variáveis (WEBER et al., 2012).

Fase 6 Validação do INTERMED, no contexto hospitalar - versão final do INTERMED, foi aplicado em 300 pacientes acima de 21 anos, hospitalizados a mais de cinco dias, em três instituições diferentes. Com alfa de Crombach de 0.821, foi analisado também a validade preditiva comparando o escore total do INTERMED com o tempo de internação do paciente, contudo não houve evidências suficientes de correlação entre os dois e o tempo de entrevista foi de 20 a 40 minutos, diferente do que é preconizado na literatura e estudos do INTERMED em outros países (15 a 20 minutos (WEBER, 2012)).

Não encontramos estudos sobre o uso do INTERMED em cuidados primários de saúde e, considerando que seu objetivo de descrever a complexidade das necessidades de cuidado de saúde pode ser útil para as equipes desse nível cuidado, realizamos uma revisão da literatura inicialmente e depois um estudo de suas propriedades psicométricas nesse tipo de serviço.

## **2. ARTIGO – REVISÃO INTEGRATIVA**



## 2.1 Método INTERMED para pacientes com transtornos mentais: revisão integrativa da literatura

The INTERMED method for patients with mental disorders: integrative literature review

Sabrina Martins Reigota<sup>1</sup>

João Mazzoncini de Azevedo-Marques<sup>2</sup>

Camila Almeida de Oliveira<sup>3</sup>

Lisa Laredo de Camargo<sup>4</sup>

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>Graduanda do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [sabrinamreigota@gmail.com](mailto:sabrinamreigota@gmail.com)

<sup>2</sup>Médico. Professor doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [joaoazevedomarkes@gmail.com](mailto:joaoazevedomarkes@gmail.com)

<sup>3</sup>Terapeuta Ocupacional. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [ocamila26@gmail.com](mailto:ocamila26@gmail.com)

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade. Email: [lisalaredo3@hotmail.com](mailto:lisalaredo3@hotmail.com)

<sup>5</sup>Enfermeira. Professora Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [carolzan@eerp.usp.br](mailto:carolzan@eerp.usp.br)

## 2.2 RESUMO

**Modelo do estudo:** Revisão integrativa da literatura. **Objetivo:** Analisar evidências científicas disponíveis na literatura sobre a utilização do método INTERMED pela equipe multidisciplinar em pacientes com transtornos mentais. **Metodologia:** A seleção de artigos foi realizada nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed), American Psychological Association (PsycINFO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Resultados:** Ao final, cinco estudos, concentrados entre 2000 e 2008, foram selecionados para análise. Os artigos analisados mostraram que o método INTERMED teve resultados positivos na identificação de pacientes que precisam de cuidados complexos, o que direcionou a realização de intervenções psiquiátricas rápidas que diminuíram o tempo de permanência no ambiente hospitalar, o número de internações, melhorou a qualidade de vida dos pacientes e conseqüentemente diminuiu custos com a saúde. **Conclusão:** Os estudos analisados mostraram que há poucas evidências sobre o tema investigado. O método INTERMED tem boa aplicabilidade junto a outros instrumentos e foi eficaz na identificação de pacientes que precisam de cuidados complexos.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Enfermagem psiquiátrica; Saúde mental; Transtornos Mentais; Integralidade em saúde.

### 2.3 ABSTRACT

**Study design:** Integrative literature review. **Purpose:** To analyze the scientific evidence available in the literature about the use of the INTERMED method by the multidisciplinary team in patients with mental disorders. **Method:** The selection of articles was performed using the National Library of Medicine (PubMed), American Psychological Association (PsycINFO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Results:** Five studies were selected for analysis, been all studies published between 2000 and 2008. The data analyzed highlights that the INTERMED method had positive results in the identification of patients who needed complex care, which led to the implementation of rapid psychiatric interventions that reduced the length of stay in the hospital environment, the number of hospitalizations, improved the quality of life of the patients and consequently decreased health costs. **Conclusion:** We may affirm that there is few evidence on the subject investigated. The INTERMED method has good applicability with other instruments and has been effective in identifying patients who need complex care.

**Keywords:** Nursing; Psychiatric Nursing; Mental Health; Mental Disorders; Integrality in Health.

## 2.4 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua origem a partir da Constituição Federal de 1988, tornando a saúde pública um direito de todos, ancorado na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Dentro desta perspectiva, a saúde passou a ser considerada não só ausência de doença, mas um bem-estar geral, abrangendo todos os aspectos que cercam o ser humano (biológico, psicológico e social). Assim, é fundamental que o sistema de saúde esteja sustentado na integralidade do cuidado<sup>1</sup>

Nesta direção para consolidação da integralidade do cuidado, alguns instrumentos foram instituídos com a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde a desenvolvê-la, e assim direcionar seu cuidado<sup>2,3</sup>. Um destes instrumentos é o método *Interdisciplinary Medicine* (INTERMED), que classifica a complexidade dos pacientes e melhora a comunicação interprofissional, podendo ser aplicado em quaisquer circunstâncias para otimização do atendimento e da permanência hospitalar do indivíduo, trabalhando na gestão do cuidado de modo geral<sup>4</sup>. Esta ferramenta foi definida e validada internacionalmente por Stiefel et al<sup>5</sup> e posteriormente validada para o português por Weber<sup>4</sup>.

O INTERMED avalia quatro diferentes domínios, o biológico, o psicológico, o social e o sistema de saúde. Esses domínios são classificados em três diferentes momentos que consideram o histórico, o estado atual e o prognóstico, totalizando vinte variáveis. Cada uma delas recebe pontuação de zero (nenhuma vulnerabilidade/necessidade) a três (vulnerabilidade severa/necessidade de intervenção imediata ou tratamento intensivo). Assim, os resultados variam entre zero e 60. Nessa direção, o indivíduo é classificado de acordo com a necessidade do cuidado exigido, ou seja, não complexo, limítrofe e complexo<sup>4</sup>.

Alguns estudos utilizaram o instrumento no contexto hospitalar e pouco se sabe sobre sua aplicabilidade para os indivíduos acometidos por transtornos mentais<sup>6,7</sup>. Nessa direção, é importante destacar sua possível relevância para essa clientela ao considerar que os transtornos mentais estão associados a manifestações psicológicas atreladas a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química<sup>8</sup>.

Tendo em vista a saúde mental como foco desse estudo, consta que este campo da medicina é o primeiro a trabalhar intensivamente com o cuidado intersetorial e interdisciplinar, para atender a integralidade de cuidado<sup>9</sup>. E isso vem assegurado desde 1991 com a regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental através das Portarias n. 189/91 e 224/92<sup>10</sup>.

Não há evidências que compilem as informações sobre a utilização do método INTERMED para avaliação do paciente com transtorno mental, pela equipe multiprofissional de saúde, apesar dos indicativos de efetividade desta aplicação. Buscou-se identificar como a equipe multidisciplinar vem utilizando o instrumento neste contexto e como é a esta utilização. Assim, este estudo tem por objetivo analisar evidências científicas disponíveis na literatura sobre a utilização do método INTERMED pela equipe multidisciplinar em pacientes com transtornos mentais.

## 2.5 Material e Métodos

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que é um compilado de dados coletados de fontes secundárias por levantamento bibliográfico<sup>11</sup>. A análise da literatura científica disponível é fundamental para todo e qualquer estudo, como base. Este processo é conhecido como revisão de literatura, sendo a revisão integrativa um subtipo do mesmo. Tem como intenção sintetizar as evidências disponíveis através de uma busca e de uma avaliação crítica, para promover uma melhor compreensão de um assunto e para que se possa identificar lacunas para desenvolvimento de novas pesquisas, discussões e intervenções sobre o tema<sup>12,13</sup>.

No âmbito da enfermagem, a quantidade de informações e o tempo reduzido dos profissionais para a pesquisa nos mostram a relevância deste tipo de estudo<sup>13</sup>. Assim, otimiza-se o tempo destinado para o conhecimento, mostrando de maneira objetiva o estado atual conhecido sobre o objeto de interesse, subsidiando a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica<sup>14</sup>.

Este tipo de revisão é composto por seis etapas, sendo elas (1) estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, (2) amostragem ou busca na literatura, (3) categorização dos estudos, (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão, (5) interpretação dos resultados e (6) síntese do conhecimento ou apresentação da revisão<sup>13</sup>.

Esta pesquisa visa responder à questão “Quais são as evidências disponíveis na literatura científica sobre a utilização do método INTERMED pela equipe multidisciplinar em pacientes que apresentam transtornos mentais?” E para sua composição utilizou-se a estratégia PEcO, sendo população de interesse (P) a equipe multidisciplinar, a exposição à ser considerado (E) o método INTERMED e o desfecho ou *outcome* (O) pacientes que apresentam transtornos mentais. A revisão integrativa não abrange a comparação (C), sendo assim, o item foi descartado para formulação da questão norteadora<sup>15</sup>.

Para busca nas bases de dados foram utilizadas palavras-chave que objetivam o tema esperado, sendo: Intermed; Biopsychosocial complexity; Complex cases; Health care needs; Health care use; Integrated care; Multidisciplinary care. Além destes foram utilizados os descritores Mental Health e Quality of Life, definido através do Medical Subject Headings (MeSH). Estes termos foram combinados através dos operadores booleanos AND e OR.

Uma vez que a busca com todos os descritores e palavras-chave não traziam o resultado esperado, foram combinados cada um deles com a palavra-chave principal (Intermed), e posteriormente o resultado de todas as buscas foram somados para se excluir os duplicados (Tabela 1).

As bases de dados pesquisadas foram National Library of Medicine (PubMed), American Psychological Association (PsycINFO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

**Tabela 1-** Resultados encontrados nas bases de dados de acordo com as combinações das palavras-chave e descritores selecionados

<b>Combinações dos descritores</b>	<b>BASES DE DADOS</b>			
	PubMed	LILACS	PsycINFO	SciELO
<b>Intermed + Complex cases</b>	3	0	3	0
<b>Intermed+ Biopsychosocial complexity</b>	18	0	16	1
<b>Intermed+ Health case needs</b>	35	0	28	0
<b>Intermed + Health care use</b>	58	0	19	0
<b>Intermed + Integrated care</b>	19	0	14	0
<b>Intermed + Multidisciplinary care</b>	17	0	8	0
<b>Intermed + Quality of life</b>	17	0	13	1
<b>Intermed + Mental health</b>	23	0	33	0
<b>TOTAL</b>	190	0	134	2

Fonte: Reigota et al, 2018.

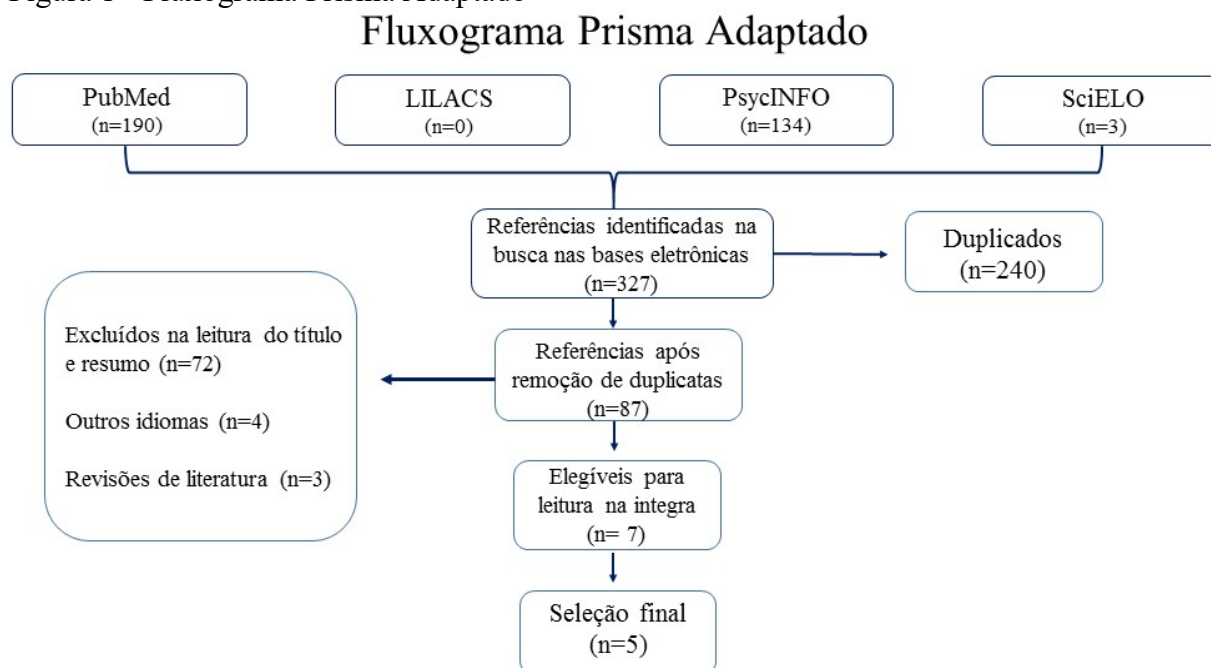
Foram incluídos estudos nos idiomas português ou inglês, disponíveis em texto completo, no formato de artigos, publicados em qualquer data e que abordavam o método INTERMED. Descartamos pesquisas que não respondessem a pergunta de busca. Esta pesquisa foi realizada entre julho de 2018 e setembro de 2018.

Para gerenciamento dos resultados foi utilizado o EndNote X5, versão desktop, para exclusão dos artigos duplicados e posteriormente o programa Rayyan<sup>16</sup> QCRI (<http://rayyan.qcri.org/>) para seleção dos textos. Este aplicativo otimiza o trabalho das revisões de literatura, uma vez que mostra título, resumo e data de publicação dos textos carregados das bases de dados para que o pesquisador analise-os, e permite a inclusão ou exclusão de cada texto, com possibilidade de incluir a justificativa, deixando a filtragem dos artigos mais organizada e válida para posterior construção dos resultados. Outra ferramenta utilizada da plataforma, foi a seleção às cegas feita concomitantemente entre duas das autoras, para conferência por uma terceira posteriormente, para revisão das discordâncias<sup>17</sup>.

## **2.6 Resultados**

Dos 327 artigos identificados nas quatro bases de dados, 240 estavam duplicados, quatro eram nos idiomas francês, espanhol ou holandês, três eram revisões de literatura e 72 não respondiam a questão de busca por dar enfoque em emergências médicas (cinco artigos), doenças crônicas (26 artigos), entre outros. Assim, sete artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Um artigo foi excluído por não estar disponível para acesso público, e outro foi excluído por não focar na utilização do instrumento no decorrer do texto, apenas utilizou o instrumento na pesquisa, mas não trouxe uma avaliação do uso. Assim, restaram cinco artigos para análise e construção dos resultados (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma Prisma Adaptado



Fonte: Reigota et al, 2018.

A síntese dos artigos incluídos no estudo foi organizada em uma tabela que apresentou o ano de publicação, país de origem, objetivo do estudo, utilização do INTERMED no estudo e resultados/conclusões relacionados ao uso do instrumento. Cabe ressaltar que a tabela 2 foi alicerçada na sugerida por Ursi & Galvão<sup>18</sup> para elucidar e facilitar a análise. Adaptações foram feitas com a finalidade de incluir itens considerados relevantes para o presente estudo.

**Tabela 2-** Artigos selecionados para análise final

País de publicação	Objetivo	Utilização do INTERMED no estudo	Resultados e conclusões relacionados ao uso do INTERMED
Holanda <sup>19</sup>	Examinar o tempo de encaminhamento do paciente ao serviço de consultoria e ligação psiquiátrica considerando a vulnerabilidade social e o nível de disfunção psiquiátrica.	Foram incluídos 100 pacientes médico-cirúrgicos referenciados ao serviço de consultoria e ligação psiquiátrica de um hospital de Amsterdam, Holanda. Os pacientes foram avaliados por meio do método INTERMED, dados sociodemográficos, diagnóstico psiquiátrico e condições do paciente na alta.	O instrumento INTERMED utilizado na avaliação dos pacientes foi efetivo para o alcance do objetivo do estudo. O tempo de encaminhamento é crucial para a eficácia da intervenção que será feita. Embora as razões para não-referenciamento ainda precisem ser identificadas, as pessoas socialmente vulneráveis podem se beneficiar da detecção precoce e de uma avaliação abrangente dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais da doença, que foi feita a partir do instrumento.
Holanda <sup>20</sup>	Investigar os efeitos da implementação de uma intervenção psiquiátrica em uma enfermaria de clínica médica geral por meio de detecção escalonada e estratégia de tratamento	193 pacientes participaram do ensaio clínico que utilizou como estratégia de rastreamento o Complexity Prediction Instrument (COMPRI) e o INTERMED.	O estudo avaliou como ótimo o uso do instrumento na detecção do risco de longo TPH e baixa QL. Também consideraram que o INTERMED teve boa relação entre os valores identificados por dois avaliadores, o que



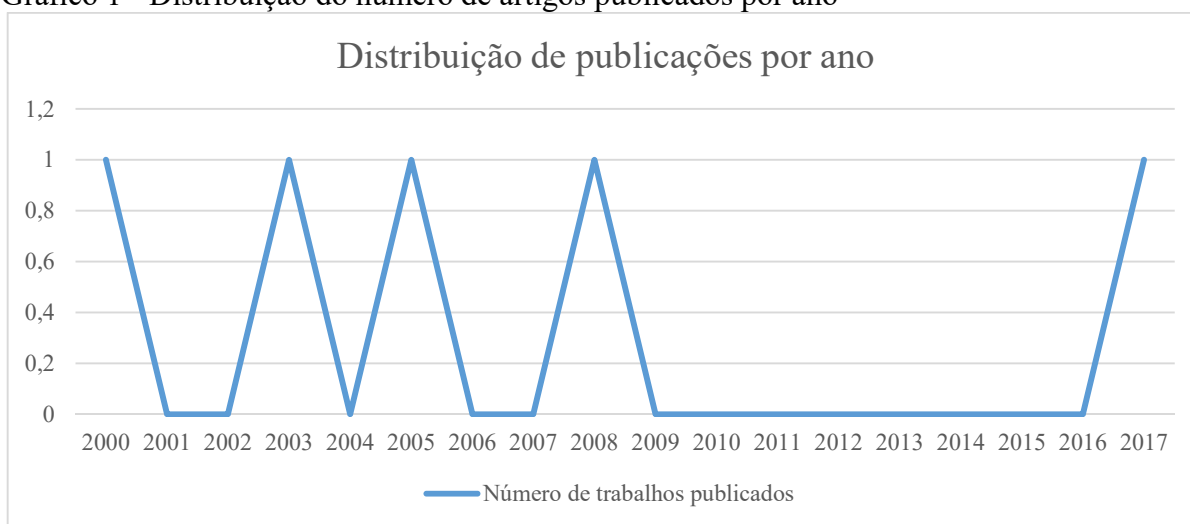
	conduzida por uma enfermeira de consultoria e ligação em termos da redução de permanência hospitalar (TPH) e melhoria da qualidade de vida (QL).		confiabiliza a aplicação do mesmo pela equipe multidisciplinar.
Espanha <sup>21</sup>	Testar, em pacientes que recebem alta em enfermarias gerais, hipóteses relacionadas a alta prevalência de depressão e, em particular, seu resultado negativo em seis meses de acompanhamento na Atenção Primária (AP), principalmente entre os idosos.	A validade dos instrumentos COMPRI e INTERMED foi testada para avaliar pacientes complexos no momento da admissão na primeira fase do estudo.	No momento da internação o COMPRI e o INTERMED identificaram ao menos metade dos pacientes com depressão. O estudo permitiu documentar a importância de uma simples avaliação para detecção da depressão e de suas implicações negativas durante a internação.
Suíça <sup>22</sup>	Avaliar uma intervenção psiquiátrica direcionada ao paciente de alta complexidade, identificada por meio do INTERMED.	Foram avaliados, utilizando o INTERMED, 885 pacientes entre reumatológicos internados e diabéticos ambulatoriais, sendo considerados complexos valores maiores que 20. Foram avaliados dados sociodemográficos e clínicos, a presença de depressão maior atual, sintomas depressivos, saúde mental e física e qualidade de vida relacionada à saúde.	Após a intervenção psiquiátrica a prevalência de depressão caiu, houve melhora de sintomas depressivos, da percepção de saúde e qualidade de vida, além de diminuição das internações hospitalares. Uma intervenção psiquiátrica direcionada para pacientes de alta complexidade pode melhorar os resultados de saúde, e esta identificação pode ser feita através do INTERMED.
Holanda <sup>23</sup>	Explorar a complexidade do cuidado em pacientes com Transtornos Somáticos (TS) usando o INTERMED.	O INTERMED foi utilizado para avaliar a complexidade do cuidado de pacientes ambulatoriais com TS em uma clínica na Holanda, considerando os domínios biológico, psicológico, social e cuidado em saúde.	A média do escore INTERMED indicou alta complexidade de cuidado, e foi associado à depressão e ansiedade. Os resultados do INTERMED indicam a necessidade de diagnósticos amplos que incluam atendimento multidisciplinar. As atenções devem ser direcionadas aos transtornos mentais (depressão e ansiedade), dada sua associação com a alta complexidade.

Fonte: Reigota et al, 2018.

## 2.7 Discussão

Os resultados encontrados evidenciaram que a maioria dos estudos relacionados ao uso do instrumento INTERMED com foco nos transtornos mentais foi publicado entre os anos 2000 e 2008. Na última década apenas um estudo foi identificado acerca dessa temática (Gráfico 1). Em contrapartida, foram identificados 23 artigos nos últimos dez anos as publicações a respeito do instrumento com outros enfoques, e entre 2000 e 2008, nove artigos. Nessa direção, é importante destacar que houve um crescimento da produção científica atrelada a utilização do instrumento em relação a outras temáticas. Assim, mais estudos devem ser conduzidos para confirmação e estímulo ao uso do INTERMED para paciente com transtornos mentais.

Gráfico 1 - Distribuição do número de artigos publicados por ano



Fonte: Reigota et al, 2018.

Dos cinco artigos analisados, dois deles (40%) são do mesmo autor<sup>19,20</sup>, o que nos leva a conclusão de que as pesquisas da área estão concentradas não apenas no mesmo país, mas também no mesmo grupo de pesquisa. Jonge é um dos desenvolvedores do método INTERMED, o que justifica seu alto número de trabalhos publicados sobre o instrumento.

Dois dos estudos<sup>19,20</sup> trouxeram como parte da equipe multiprofissional investigada na utilização do instrumento o enfermeiro de consultoria e ligação psiquiátrica, serviço que foi desenvolvido para cooperação entre equipes psiquiátricas e outras especializações, no qual se avalia e recomenda cuidados à pacientes de outros serviços e mantém-se uma relação cooperativa contínua durante o tratamento daqueles<sup>24</sup>.

Os estudos E2 e E4 também utilizaram o INTERMED junto ao instrumento Complexity Prediction Instrument (COMPRI), que em semelhança, foi desenvolvido para rastreamento e detecção de pacientes com risco precisarem de mais cuidados de saúde durante

uma internação. O uso concomitante apresentou resultados favoráveis, o que nos sugere que o INTERMED permite sua interligação a outros instrumentos. Seria necessária a realização de novos estudos para confirmar se nestes casos o INTERMED mantém sua eficácia ou aprimora-a.

A Holanda predomina a autoria destas publicações (3), uma vez que é o país pioneiro na aplicação do instrumento, seguido por Suíça (1) e Espanha (1). O Brasil teve apenas uma publicação a respeito do instrumento identificada nas buscas nas bases de dados, que tratava de sua tradução e validação<sup>4</sup>.

Todos os artigos analisados trazem como conclusão que o INTERMED teve resultados positivos na identificação de pacientes que precisam de cuidados complexos, o que direcionou a realização, nestes grupos identificados através dele, de intervenções psiquiátricas rápidas que diminuiram o tempo de permanência no ambiente hospitalar, o número de internações, melhorou a qualidade de vida dos pacientes e consequentemente diminuiu custos com a saúde<sup>19, 20, 21, 22</sup>. O que não corrobora com o baixo uso do instrumento e com a diminuição de pesquisas relacionando ele aos transtornos mentais nos últimos anos.

Embora os cinco artigos analisados tenham mostrado esse resultado positivo no uso do instrumento, em todos os cinco ele foi utilizado no contexto “pesquisa”, no qual se identificou ou avaliou pacientes a fim de testar hipóteses. Nenhum estudo relatou o uso do INTERMED diretamente na assistência contínua pelo próprio serviço de saúde como rotina.

O instrumento pode trazer muitos benefícios e ser muito bem aproveitado no contexto de saúde brasileiro atual. O SUS tem entre seus princípios doutrinários e organizativos vários pontos que convergem com propostas feitas pelos artigos analisados. A hierarquização relaciona-se à necessidade de atendimento dos usuários em diversos níveis de complexidade, assim como trabalhado em Lobo et al.<sup>21</sup>, que avaliou este acompanhamento dos pacientes identificados em nível terciário na atenção primária após a alta. Outro princípio relacionado aos estudos trabalhados é a equidade, que garante o acesso aos serviços em todos os níveis de assistência de acordo com a necessidade de cada um.

Assim, poderia identificar estes casos complexos e que consequentemente necessitam de um cuidado mais complexo e/ou mais rápido e direcionado para intervenções específicas, como feito nos estudos<sup>20, 21, 22, 23</sup>, e que trouxeram bons resultados na melhora da qualidade de vida dos pacientes, que o SUS traduz em seu objetivo como promoção, prevenção e recuperação da saúde<sup>25</sup>.

Assim o instrumento, se utilizado dentro do contexto de atendimento público poderia contribuir para identificar as necessidades dos usuários e tornar a assistência mais especializada, inclusive no âmbito de saúde mental<sup>23</sup>.

## **2.8 Conclusões**

Embora os estudos sobre o tema sejam poucos, os que utilizaram o INTERMED no contexto dos transtornos mentais obtiveram bons resultados, principalmente na identificação dos pacientes considerados complexos para intervenções mais direcionadas, resultando em melhora da qualidade do cuidado e conseqüentemente da qualidade de vida dos pacientes investigados.

Somente uma pesquisa aplicou o instrumento INTERMED nos últimos dez anos, o que pode significar o desuso do instrumento, mesmo tendo estes resultados positivos sobre sua utilização. Além disto, as publicações restringem-se em sua maioria ao mesmo país e ao mesmo grupo de pesquisa. Sugestiona-se que apesar de traduzido para a língua portuguesa, é pouco utilizado no Brasil, mesmo com alto potencial de contribuição, principalmente no âmbito da saúde pública.

## 2.9 Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão Nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais Nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo Nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2016.
2. Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. COMPRI –An instrument to detect patients with complex care needs: Results from a European study. *Psychosomatics* 2001; 42:222–228.
3. Bandeira M. Validação dos questionários de qualidade de vida (CHAQ e CHQ-PF50®). [Dissertação de Mestrado], Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Brasil; 2007.
4. Weber B. Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa: estudo em pacientes hospitalizados. [Tese de Doutorado], São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil; 2012.
5. Stiefle FC, Sollner W, Slaets JPJ, Lyons JS, Latour CHM, Wal N van der, et al. Operationalizing integrated care on a clinical level : the INTERMED project. *Elsevier Saunders* 2006; 90:713–58.
6. Matzer F, Wisiak UV, Graninger M, Sollner W, Stilling HP, Glawischnig-Goschnik M, et al. Biopsychosocial Health Care Needs at the Emergency Room: Challenge of Complexity. *PLoS ONE* 2012; 7(8): e41775.
7. Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self-assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 74(6):518-22.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médica; 1993.
9. Alves D. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis* 2002; 12:171-78.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS; 2005.

11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*. 2010; 8:102-6.
12. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005. Dec; 52(5):546-53.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. (Florianópolis) 2008; 17(4): 758-64.
14. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. *Rev. Esc. Enferm. USP (São Paulo)* 2003; 37:43-50.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* 2016; 5:210.
17. Khabisa M, Elmagarmin A, Ilvas I, Hammady H, Ouzzani M. Learning to Identify Relevant Studies for Systematic Review using Random Forest and External Information. *Machine Learning* 2015; 102: 465-82.
18. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no período operatório: revisão integrativa de literatura. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2006; 14(1):124-31.
19. De Jonge P, Huyse FJ, Ruinemans GMF, Stiefel FC, Lyons JS, Slaets JPJ. Timing of Psychiatric Consultations. *Psychosomatics* 2000; 41:505-511.
20. De Jonge P, Latour CHM, Huyse FJ. Implementing Psychiatric Interventions on a Medical Ward: Effects on Patients' Quality of Life and Length of Hospital Stay. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65:997-1002.
21. Lobo A, Saz P, Marcos G, Campos R, García-Campayo J, Orozco F, et al. Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care Follow-up. I. Rational and design of the Project. *Eur. J. Psychiat* 2005; 19:172-192.
22. Stiefel F, Zdrojewski C, Bel Hadj F, Boffa D, Dorogi Y, So A, et al. Effects of a Multifaceted Psychiatric Intervention Targeted for the Complex Medically III: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2008; 77:247-56.

23. van Eck van der Sluijs JF, de Vroege L, van Manen AS, Rijnders CAT, van der Feltz-Cornelis CM. Complexity Assessed by the INTERMED in Patients With Somatic Symptom Disorder Visiting a Specialized Outpatient Mental Health Care Setting: A Cross-sectional Study. *Psychosomatics* 2017; 58:427-36.
24. Scherer ZAP, Scherer EA, Labate RC. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? *Rev. Latino-Am. Enfermagem (Ribeirão Preto)* 2002; 10:7-14.
25. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

### **3. ARTIGO ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO INTERMED**



### 3.1 Health Needs Complexity in Primary Health Care assessed through the INTERMED: a validity and feasibility study.

Camila Almeida de Oliveira<sup>1</sup>

Jair Lício Ferreira dos Santos<sup>2</sup>

Miriane Lucindo Zucoloto<sup>3</sup>

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti<sup>4</sup>

Magdalena Rzewuska<sup>5</sup>

João Mazzoncini de Azevedo-Marques<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [ocamila35@usp.br](mailto:ocamila35@usp.br)

<sup>2</sup>Físico. Professor doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [jairlfs@fmrp.usp.br](mailto:jairlfs@fmrp.usp.br)

<sup>3</sup>Dentista. Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [mirianezucoloto@usp.br](mailto:mirianezucoloto@usp.br)

<sup>4</sup>Enfermeira. Professora Doutora pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [carolzan@eerp.usp.br](mailto:carolzan@eerp.usp.br)

<sup>5</sup>Doutora pela Health Services Research Unit, University of Aberdeen, Scotland, UK. Email: [magdalena.rzewuska@abdn.ac.uk](mailto:magdalena.rzewuska@abdn.ac.uk)

<sup>6</sup>Médico. Professor doutor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: [joaoazevedomarques@gmail.com](mailto:joaoazevedomarques@gmail.com)

### 3.2 Abstract

**Purpose:** Evaluate whether INTERMED tool use in PHC shows adequate psychometric properties so that it can contribute to personalized and integrated care delivery from this setting.

**Methods:** We used interviews and health records data. Spearman's correlation coefficient measured concurrent validity of scores from each INTERMED domain (biological, psychological, social, health care services) and its total score with Charlson Comorbidity Index, HADS, MOS-SSS, and WHOQOL-BREF. Pearson's  $X^2$  measured associations of the sum of INTERMED current state variables with the use of PHC, other health services, and medications. Cronbach's Alpha assessed internal consistency. We assessed INTERMED feasibility through patients' opinions (regarding the understanding of questions and answers, relevance to describe health aspects essential to care and application length), objective application length, and INTERMED's variables information already existent in patients' records.

**Results:** 230 patients completed the assessment (mean age 45.92, 56.1% female). Spearman's correlation coefficients located between 0.44 - 0.65. Pearson's coefficients found were  $X^2 = 26.812$  and  $X^2 = 26.883$  (both  $p = 0.020$ ) and  $X^2 = 28.270$  ( $p = 0.013$ ). Cronbach's Alpha was 0.802. More than 93% of patients considered INTERMED of good understanding, having a short application length, and providing relevant information to help in their care. The mean application length was 8.58 minutes. Only the biological domain had all its variables already present in more than 50% of the health records.

**Conclusion:** We found validity measures comparable to those from specialized services' studies and good feasibility. More studies regarding predictive validity and routine use on INTERMED's PHC context are necessary.

**Keywords:** Primary Health Care. Health Care. Validation Studies.

### 3.3 Introduction

The Primary Health Care (PHC) - ideally characterized by the principles the first contact, continuity, integrality, coordination, family approach, and community focus -.have the potential to develop diagnoses e therapeutics formulations personalized and comprehensive in its daily clinical work<sup>1,2</sup>.

For that, it is necessary to manage the complexity of each person's healthcare. From the perspective of the broader complexity theory, personal healthcare can be described as a “complex system”- i.e., a system with many variables that interact in a non-linear and dynamic way, which can cause difficulties for the planning and execution of actions and the predictability of outcomes<sup>3,4</sup>. In the PHC's work, the complex interactions of biological, psychological, and social variables must consider for the delivery of good quality care<sup>5,6</sup>.

The assessment of that biopsychosocial complexity<sup>7</sup> can highlight healthcare barriers and facilitators of the people themselves (chronic health conditions and symptoms that interfere in functionality; emotional state, lifestyle, and social context)<sup>8</sup> as well as of the health services that serve them (identification of its organization and coordination, service access, treatment experience)<sup>9</sup>. Knowledge of these variables can help professionals and health teams to evaluate, plan, implement, and coordinate person-centered healthcare plans<sup>10</sup>.

INTERMED is an instrument whose primary goals are to realize a biopsychosocial assessment of the complexity of the healthcare needs<sup>11</sup> and improve the information and communication flow inside the health systems<sup>12</sup>. Its development and initial validation occurred in secondary and tertiary services, from inpatients with different health problems a<sup>11-14</sup> and in different versions - face-to-face interview<sup>12</sup>; self-assessment<sup>15</sup>; pediatric<sup>16</sup>, adults<sup>15</sup>, and elderly<sup>17</sup>.

A recent review, about screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services, found that its adult versions have “good” psychometric properties and recommended its use<sup>3</sup>. An INTERMED's version has been used in the USA by case managers to coordinate integrated care for persons with more complex healthcare needs (“complex cases”)<sup>9,18</sup>. However, we did not find any publications describing its psychometric properties in PHC.

The present study aimed to evaluate the psychometric properties of the INTERMED adult interview version in PHC, including validity, reliability, and feasibility (assessed from patients, medical records, and application time).

The hypothesis is that the INTERMED use in PHC could have adequate psychometric properties, a fundamental condition to its use by PHC teams. This article describes the results found concerning validity and feasibility.

### **3.4 Methods**

#### 3.4.1 Study design and sampling

The design was the validity and feasibility study of the INTERMED in PHC.

The study based the sampling in the two Brazilian PHC organizational models<sup>19,20</sup>. One of them, called "Basic Health Unit" ("BHU"; in Portuguese: "Unidade Básica de Saúde"), has a team composed of at least one internal medicine physician, one gynecologist, and one pediatrician, as well as nurses and nursing assistants. Each BHU can be responsible for a population of up to 18 000 people. The other is the Brazilian "Family Health Strategy" ("FHS"; in Portuguese: "Estratégia de Saúde da Família"), which is composed of at least one general physician, one nurse, one nursing assistant and a sufficient number of CHWs capable of covering 100% of the population (each one responsible for a population of up to 650 people). Each FHS team is accountable for a population of up to 4000 people.

Three health units located in the city of Ribeirão Preto (state of São Paulo, Southeast region of Brazil) participated in the study: one FHS service managed by Ribeirão Preto Medical School of University of São Paulo; and others two, one FHS and one BHU both handled by Municipal Health Secretary.

The study used a convenience sampling with 238 patients and their medical records, based in numbers of patients assessed in previous reviews about INTERMED, with five age range (18-30, 31-40, 41-50, 51-60 e +60 years) of both sexes. The inclusion criteria were living in the catchment area of the health unit, speak and understand Portuguese, and be present in the health unit for any reason (scheduled or unscheduled appointments, to get medication and to accompany family members).

The selection of patients occurred when they were in the queue waiting for care; in situations where the patient did not agree to participate in the study, the researcher invited the next patient. The assessment of the health records started after the interview.

### 3.4.2 Instruments

Based on a semi-structured interview<sup>12</sup>, INTERMED has four domains - biological, psychological, social, and health system - with 20 variables, constituting a matrix formed by three temporal axes. Eight items are about health care before the current treatment episode (historical – two items for each domain) eight items about current treatment episode (current state - two items for each domain) and four items about prognoses of health care needs (prognoses/vulnerability – one item for each domain). Each variable in the different domains scored according to a Clinical Anchor Point, ranging from zero (no vulnerability or need) to a score of three (high vulnerability or need)<sup>12,21,22</sup>

The instruments used in this study were:

- 1) Socio-demographic Questionnaire developed for the study.
- 2) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), with 14 items, separated into two domains (anxiety and depression), owning an equal number of questions, each item is ranging from zero to three points<sup>23,24</sup>.
- 3) Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS), with 19 items, on a Likert scale, score using five points<sup>25,26</sup>.
- 4) Charlson Comorbidity Index (CCI) is a method to categorizing comorbidities, compost by the sum of 18 clinical categories; each category has an associated weight from 1 to 6<sup>27</sup>.
- 5) WHO Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF), with 26 questions separated in domains - physical health, psychological health, social relationships, and the environment<sup>28</sup>.
- 6) A Questionnaire for Evaluation of Health Services Use developed to this study through adaptation of the former Questionnaire from the SABE Study<sup>29</sup>, focusing the patients' health services use (PHC; other health services – hospitalization, emergency, and specialists; and medications) in the last six months before the interview.
- 7) A Feasibility Questionnaire from patients, developed by the researchers in Likert scale (five possible answers for each item), focusing: satisfaction level from understanding the questions and the answers; satisfaction with the application time; and the relevance of asking the questions within the biological, psychological, social and health system domains to help with health care delivery<sup>30</sup>.

### 3.4.3 Training of researchers to apply INTERMED

The authors of the Brazilian Portuguese version trained, during a three-day workshop, the two researchers that collected the data (an occupational therapist – the principal researcher - and a nurse).

#### 3.4.4. Procedures

The researchers collected the data from November 2018 to June 2019.

The principal researcher interviewed the patients using all instruments, and with help from the other researcher, they analyzed the health records. The principal researcher computed the interview time with INTERMED and identified with the same numbers PHC users and their health records.

Analysis of health records occurred after the patients' interviews. The health records evaluation happened in two steps: first, we analyzed if the information related to the INTERMED variables was present, and, second, we examined if this information was complete to fill the instrument.

REDCap's electronic data capture tool, hosted at the Ribeirão Preto Medical School of University of São Paulo (Department of Social Medicine), using tablets to collect and manage data.

#### 3.4.5 Statistical Analysis

We used IBM SPSS Statistics for Windows, version 20.0, to analyze the data.

To measure the construct validity, we used Spearman's coefficient correlation analysis through INTERMED domains and the instruments CCI, HADS and MOS-SSS, (respectively, biological, psychological and social) and WHOQOL-BREF (for all domains cited, included the question 24 "How satisfied are you with your access to health services?" to evaluate the health system). To analyze the statistical significance to categorical data we used Pearson's  $X^2$ , comparing the sum of "current state" variables (total score of its eight variables and the sum of scores of the two variables of each domain independently) with variables of health service use (PHC, other health services, and medications' use). We analyzed internal consistency by the Cronbach's Alpha.

Each of seven items of Feasibility Questionnaire had its five response possibilities grouped into satisfactory and unsatisfactory. Regarding the feasibility analysis, the study used: distribution of absolute and relative frequencies of "satisfactory" answers for each of the seven topics asked patients in the Feasibility Questionnaire; the presence of information on each of the INTERMED variables in the medical records; and the INTERMED application time in the interview with the patient.

#### 3.4.6 Ethical Aspects

The principal researcher informed all participants about the research goals, procedures, and importance of the study. The patient who agreed to participate signed an Informed Consent

Form. The Research Ethics Committee of the Community Health Center of the Ribeirão Preto Medical School of the University of São Paulo approved the study (n° 99566718.0.0000.5414 in 10/2018).

### 3.5 Results

Of the 238 patients interviewed, we excluded eight for not complete all questionnaires. The final sample was composed of 230 patients, (mean age = 45.92 ( $\pm$ 15.43), years, 56.1% female, 53.5% reported being white). Table 1 shows their socio-demographic features.

**Table 1** - Socio-demographic characteristics from 230 PHC patients.

		Frequency	%
Age group	18-30	39	17,0
	31-40	59	25,7
	41-50	45	19,6
	51-60	43	18,7
	60+	44	19,1
Gend	Female	129	56,1
	Male	101	43,9
Ethnicit	White	123	53,5
	Black	23	10,0
	Brown	84	36,5
Schooling	Illiterate / Incomplete Elementary	20	8,7
	Elementary I complete / Elementary II incomplete	51	22,2
	Elementary School II / High School Incomplete	38	16,5
	High school / incomplete higher education	100	43,5
	Graduated	21	9,1
Occupation	Employee	93	40,4
	Unemployed	53	23,0
	Retired	50	21,7
	Freelance	30	13,0
	Student	4	1,7

Table 2 describes the INTERMED profile of the sample according to Clinical Anchor Points of each variable. The results evidenced a predominance of zero points (no vulnerability), followed by one point (mild vulnerability).

**Table 2** – Profile of 230 PHC patients regarding INTERMED variables (absolute and percentage)

<b>Variables</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Biological</b>	Chronicity	60 (26.1%)	8 (3.5%)	66 (28.7%)	96 ( <b>41.7%</b> )
	Diagnosis dilemma	67 (29.1%)	116 ( <b>50.4%</b> )	33 (14.3%)	14 (6.1%)
	Symptom Severity	74 (32.2%)	62 (27.0%)	88 ( <b>38.3%</b> )	6 (2.6%)
	Diagnostic challenge	79 (34.3%)	124 ( <b>53.9%</b> )	24 (10.4%)	3 (1.3%)
	Complications and Life Threat	149 ( <b>64.8%</b> )	61 (26.5%)	20 (8.7%)	0 (0.0%)
<b>Psychological</b>	Barriers Coping	121 ( <b>52.6%</b> )	36 (15.7%)	55 (23.9%)	18 (7.8%)
	Psychiatric Dysfunction	133 ( <b>57.8%</b> )	35 (15.2%)	60 (26.1%)	2 (0.9%)
	Resistance to Treatment	165 ( <b>71.7%</b> )	57 (24.8%)	6 (2.6%)	2 (0.9%)
	Psychiatric Symptoms	80 (34.8%)	22 (9.6%)	124 ( <b>53.9%</b> )	4 (1.7%)
	Mental Health Threat	102 (44.3%)	105 ( <b>45.7%</b> )	23 (10.0%)	0 (0.0%)
<b>Variables</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Social</b>	Job and Leisure Problems	138 ( <b>60.0%</b> )	45 (19.6%)	36 (15.7%)	11 (4.8%)
	Social Dysfunction	171 ( <b>74.3%</b> )	22 (9.6%)	22(9.6%)	15 (6.5%)
	Residential Instability	215 ( <b>93.5%</b> )	15 (6.5%)	0 (.0%)	0 (.0%)
	Poor Social Support	167 ( <b>72.6%</b> )	32 (13.9%)	8 (3.5%)	23(10.0%)
	Social Vulnerability	187 ( <b>81.3%</b> )	42 (18.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)
<b>Health System</b>	Access to Care	111 ( <b>48.3%</b> )	50 (21.7%)	69 (30.0%)	0 (0.0%)
	Treatment Experience	130 ( <b>56.5%</b> )	69 (30.0%)	28 (12.2%)	3 (1.3%)
	Organization of Care	147 ( <b>63.9%</b> )	67 (29.1%)	15 (6.5%)	1 (0.4%)
	Coordination of Care	159 ( <b>69.1%</b> )	28 (12.2%)	13 (5.7%)	30 (13.0%)
	Health System Impediments	178 ( <b>77.4%</b> )	45 (19.6%)	6 (2.6%)	1 (0.4%)



Table 3 describes the Spearman's correlation coefficients, between the INTERMED and the HADS, MOS-SS, CCI, and WHOQOL-BREF scores, demonstrating moderate concordance.

**Table 3** - Spearman's correlation coefficients between INTERMED and other tools.

	Biological	Psychological	Social	Health System	INTERMED total
<b>HADS</b>					
Total	0,30	<b>0,59</b>	0,40	0,26	0,55
Anxiety	0,33	<b>0,57</b>	0,37	0,22	0,54
Depression	0,20	<b>0,50</b>	0,36	0,26	0,46
MOS - SSS	-0,16	-0,35	<b>-0,44</b>	-0,17	-0,38
CCI	<b>0,47</b>	0,13	0,11	0,08	0,30
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Total	-0,37	-0,52	-0,36	-0,37	<b>-0,57</b>
Biological	-0,61	-0,53	-0,33	-0,29	<b>-0,65</b>
Psychological	-0,25	<b>-0,49</b>	-0,36	-0,19	-0,44
Social	-0,24	-0,41	-0,37	-0,21	<b>-0,42</b>
Question 24	<b>-0,43</b>	-0,15	-0,06	-0,38	-0,20

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MOS-SSS = Medical Outcomes Study – Social Support Survey; CCI = Charlson Comorbidity Index; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life – Bref.

The Cronbach's Alpha showed that INTERMED had a "good" internal consistency value (0.806)<sup>31</sup>. After the deletion of each item (range between 0.787 a 0.810), three items showed no decrease, "Treatment Experience" and "Resistance to Treatment" (both 0.806); and "Job and Leisure Problems" (0.810).

Table 4 shows the X<sup>2</sup> values regarding health services use and the total score of INTERMED's "current state" variables and each domain. The total score of INTERMED's

current state variables showed a significant association with both the use of PHC, other health services, and medications.

**Table 4** - Pearson's  $\chi^2$  regarding the sum of the scores of the "current state" variables of INTERMED and health services use

	Current State total	Biological	Psychological	Social	Health Care
Other health services	$\chi^2 = 28.270$ , $p = 0.013$	$\chi^2 = 10.759$ , $p = 0.056$	$\chi^2 = 3.067$ , $p = 0.690$	$\chi^2 = 5.120$ , $p = 0.275$	$\chi^2 = 8.707$ , $p = 0.121$
PHC	$\chi^2 = 26.812$ , $p = 0.020$	$\chi^2 = 17.777$ , $p = 0.003$	$\chi^2 = 2.635$ , $p = 0.756$	$\chi^2 = 4.930$ , $p = 0.295$	$\chi^2 = 6.176$ , $p = 0.289$
Medication's use	$\chi^2 = 26.883$ , $p = 0.020$	$\chi^2 = 21.521$ , $p = 0.001$	$\chi^2 = 9.125$ , $p = 0.104$	$\chi^2 = 15.286$ , $p = 0.004$	$\chi^2 = 2.860$ , $p = 0.025$

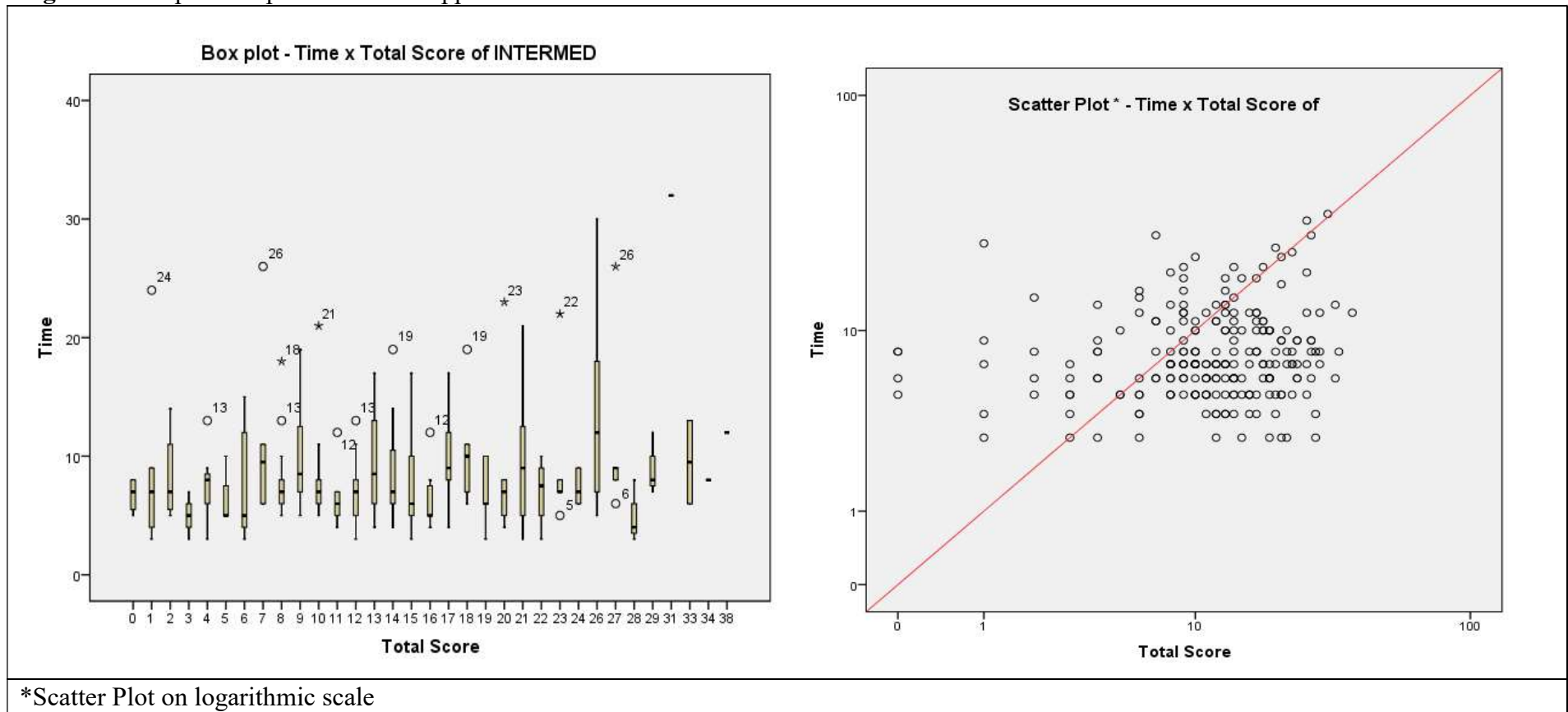
Table 5 and Figure 1 described the measures of application length. There was a positive association between application time, and healthcare needs complexity ( $\chi^2 = 957.939$ ,  $p = 0.000$ ).

**Table 5** - Descriptive analysis of interview length and INTERMED score.

Interview Length				Percentile						
Min	Max	Mean	StDev	0.05	0.10	0.25	0.50	0.75	0.90	0.95
3.00	32.00	8.58	4.83	4.00	4.00	5.00	7.00	10.00	14.00	19.00
INTERMED Score				Percentile						
Min	Max	Mean	StDev	0.05	0.10	0.25	0.50	0.75	0.90	0.95
0.00	38.00	13.57	7.53	2.00	4.00	8.75	13.00	18.25	24.00	27.45

Source: REDCap, 2019.

**Figure 1** - Graphical representation of application's time and total score of the INTERMED



All 230 (100%) of patients understood the questions and the answers, and they had the same opinion about satisfaction with the application time. Regarding the relevance of information from the INTERMED's domains to help in healthcare, the numbers of those who found them relevant were 230 (100%) in the biological domain; 227 (98.7%) in psychological; 221 (96.1%) in the health system; and 215 (93.5%) in the social domain.

The feasibility analysis, through health records (table 6), observed that the INTERMED's domains "social" and "health care system" are the ones that have less filling or more incomplete data in the records, with highlighting to the items "Experience of treatment "and" Social Support. " In contrast, the biological domain has higher percentages of complete information in all its variables. It was not possible to calculate the total score of INTERMED from the medical records due to a lack of complete information.

**Table 6** - Completeness of INTERMED's Domains in the Health Records (absolute and percentage)

	HISTORICAL	CURRENT STATE	PROGNOSTIC
BIOLOGICAL	<b>Chronicity</b> 211 (88.7%)	<b>Symptom Severity</b> 122 (51.3%)	<b>Complications and Life Threat</b> 136 (57.1%)
	<b>Diagnosis dilemma</b> 202 (84.9%)	<b>Diagnostic challenge</b> 194 (81.5%)	
PSYCHOLOGICAL	<b>Barriers Coping</b> 84 (35.3%)	<b>Resistance to Treatment</b> 153 (64.3%)	<b>Mental Health Threat</b> 80 (33.6%)
	<b>Psychiatric Dysfunction</b> 39 (16.4%)	<b>Psychiatric Symptoms</b> 81 (34.0%)	
SOCIAL	<b>Job and Leisure Problems</b> 48 (20.2%)	<b>Residential Instability</b> 19 (8.0%)	<b>Social Vulnerability</b> 16 (6.7%)
	<b>Social Dysfunction</b> 42 (17.6%)	<b>Poor Social Support</b> 10 (4.2%)	
HEALTH SYSTEM	<b>Access to Care</b> 25 (10.5%)	<b>Organization of Care</b> 180 (75.6%)	<b>Health System Impediments</b> 51 (21.4%)
	<b>Treatment Experience</b> 3 (1.3%)	<b>Coordination of Care</b> 78 (32.8%)	

### 3.6 Discussion

That study explored the psychometric properties of the INTERMED tool, applied in patients followed by PHC services from a Brazilian city. We used a sample with a number like previous studies carried out in specialized services. To our knowledge, this study about INTERMED's psychometric properties was the first realized both in PHC and with the inclusion of patients' opinions.

About concurrent validity, the Spearman's correlation coefficients found in that study (from 0.44 to 0.65) shows a moderate correlation<sup>32</sup> and are inside a range found in other INTERMED's validity studies realized in secondary and tertiary healthcare levels (0.33 to 0.68)<sup>30,31</sup>. We also found a Cronbach's alpha value of 0.802 - indicating an internal consistency almost perfect<sup>31</sup> – similar with results of INTERMED's studies made in specialized settings (range of 0.71 – 0.89)<sup>14,33</sup>

Using Pearson's  $X^2$  to assess the relationship between the scores of INTERMED's "current status" variables and the use of health services, we found a statistically significant result regarding the total score of that temporal dimension. Besides this significant relation of the whole instrument "current status" total score, we also found significant results in total scores of three domains (biological, social, and health care system) with the use of health services.

Complications of chronic diseases, impairments that affect functionality<sup>34</sup>, mental, social barriers, and not adhering to the care themselves<sup>37</sup> implies an increase in the risk of health services use (scheduled consultations, hospitalizations, emergency, and specialist's visits). In the first studies about INTERMED<sup>35</sup>, the researchers discussed the relationship between the psychological domain and the increased risk of specialist and emergency room visits, including the rehospitalizations. Huysse<sup>22</sup> and collaborators in previous studies in the tertiary context reflected about the increase of the risk of hospitalization in patients who feature social disturbance and showing in the treatment offered possible problems. Other INTERMED study<sup>36</sup> cited that age, number of chronic diseases, and cost of the health system influence the health complexity.

The patients considered that interview length was brief and, objectively, the length was less than found in studies from specialized services<sup>37</sup>. The complexity of healthcare needs and the interview length had a positive relationship ( $p = 0.005$ ). In PHC<sup>37</sup>, the brevity of the application of an instrument is considered valuable property, and the INTERMED has the advantage of achieving this evaluating four domains considered fundamental for adequate care delivery in PHC<sup>5,6,38</sup>.

In that study, patients considered satisfactory the understanding of INTERMED questions and answers (100% of them). They considered necessary information about the four dominions to adequate delivery of their health care (100% regarding the biological to 93.5% regarding the social). The good feasibility of an instrument assessed by patients is a primordial condition to its use in clinical daily work<sup>30</sup>.

The biological domain and the other domains had an essential difference in the analysis of the medical records contrasting with patients' opinions. In this way, INTERMED may have the potential to draw PHC teams' attention to the evaluation of these other domains and their registration in the medical record, thus facilitating a biopsychosocial and patient-centered approach as it seems to be desired by patients and increasingly recommended<sup>5(p25),6,39,40</sup>.

Reflecting on the experience of using INTERMED by integrated case managers in the USA<sup>9,18</sup>, a possibility that its use could facilitate, in the context of Brazilian public healthcare. The PHC teams would organize themselves to establish case managers for more complex patients. to facilitate both the PHC's teams work as the care integration with professionals and services of secondary and tertiary level. Although this idea is interesting, more studies must assess its feasibility.

### **3.7 Study Limitations**

A first limitation was a convenience sampling in only a city of Brazil. Given Brazil's size as well as the heterogeneity of it is demographic, cultural, economic, and tightly decentralized healthcare system characteristics, the results presented here are not generalizable, as they may vary from other Brazil regions. A second limitation was the smaller number of men than women in the study; however, this is under the described usage patterns of PHC services<sup>34</sup>.

### **3.8 Conclusions**

The data suggest that INTERMED has adequate psychometric properties to help PHC teams to assess the biopsychosocial complexity of healthcare needs. INTERMED could assist health professionals and teams in defining patient group profiles and in the development of healthcare plans. The results indicate the need for further studies to assess the predictive validity and feasibility of applying INTERMED by PHC teams.

### 3.9 References

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83 (3):457-502. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
2. Independent Commission. Guiding patients through medical complexity. An independent commission into medical generalism. Published online 2011. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/GuidingPatientsThroughComplexityModernMedicalGeneralism.pdf>
3. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001; 323 (7313):625-628. DOI:10.1136/bmj.323.7313.625
4. Sturmberg JP, Martin CM. Complexity and health - yesterday's traditions, tomorrow's future. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009; 15 (3):543-548. DOI:10.1111/j.1365-2753.2009.01163.x
5. Borrell-Carrio F. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*. 2004; 2 (6):576-582. DOI:10.1370/afm.245
6. Baird B, Reeve H, Shilpa R, et al. *Innovative Models of General Practice*; 2018. Accessed April 16, 2020. [www.kingsfund.org.uk/publications/innovative-models-general-practice](http://www.kingsfund.org.uk/publications/innovative-models-general-practice)
7. Marcoux V, Chouinard M-C, Diadiou F, Dufour I, Hudon C. Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. Virgili G, ed. *PLOS ONE*. 2017; 12 (11):e0188663. DOI: 10.1371/journal.pone.0188663
8. Lee L, Patel T, Hillier L, et al. Frailty screening and case-finding for complex chronic conditions in older adults in Primary Care. *Geriatrics*. 2018; 3 (3):39. DOI: 10.3390/geriatrics3030039
9. Kathol RG, Hobbs Knutson K, Dehnel PJ. *Physician's Guide understanding and working with Integrated Case Managers*. Springer International Publishing : Imprint : Springer; 2016. Accessed May 13, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-28959-5>
10. Kathol RG, Perez R, Cohen JS. *The Integrated Case Management Manual: assisting complex patients regain physical and mental health*. Springer; 2010.
11. Huyse FJ. From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997; 43 (3):233-240. DOI: 10.1016/S0022-3999(97)00011-1
12. Intermed Foundation. INTERMED Complexity Assessment Grid (IM CAG version 6). Published online 2009.

13. de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JPJ, Gans ROB. INTERMED—A clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics*. 2001; 42 (2):106-109. DOI: 10.1176/appi.psy.42.2.106
14. de Jonge P, Hoogervorst ELJ, Huyse FJ, Polman CH. INTERMED: a measure of biopsychosocial case complexity: one-year stability in Multiple Sclerosis patients. *General Hospital Psychiatry*. 2004; 26 (2):147-152. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2003.09.001
15. Intermed Foundation. Manual for interpreting the INTERMED Self-Assessment (IM-SA). Published online 2017.
16. Nader A. PEDIATRIC-INTERMED© COMPLEXITY ASSESSMENT GRID MANUAL for Inflammatory Bowel Disease (pIBD-INTERMED). Published online 2020.
17. Peters LL, Boter H, Slaets JPJ, Buskens E. Development and measurement properties of the self-assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013; 74 (6):518-522. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.02.003
18. Kathol RG, Andrew RL, Squire M, Dehnel P. *The Integrated Case Management Manual: value-based assistance to complex medical and behavioral health patients*. 2nd ed. Springer International Publishing; 2018. Accessed May 20, 2019. <https://www.springer.com/la/book/9783319747415>
19. Brazil. National Politics of Primary Health Care. Published online 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
20. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*. 2015; 372 (23):2177-2181. DOI: 10.1056/NEJMp1501140
21. Stiefel FC, Huyse FJ, Söllner W, et al. Operationalizing Integrated Care on a Clinical Level: the INTERMED Project. *Medical Clinics of North America*. 2006; 90 (4):713-758. DOI:10.1016/j.mcna.2006.05.006
22. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999; 21 (1):39-48.
23. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29 (5):359-363. DOI: 10.1590/S0034-89101995000500004
24. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1 (29). DOI: 10.1186/1477-7525-1-29
25. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(3):703-714. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300004



26. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano TC. The Social Support Scale (MOS-SSS): standardizing with item references. *Temas em Psicologia*. 2018;26(1):387-399. DOI: 10.9788/TP2018.1-15Pt
27. Souza RC de, Pinheiro RS, Coeli CM, Camargo Jr. KR de. The Charlson comorbidity index (CCI) for adjustment of hip fracture mortality in the elderly: analysis of the importance of recording secondary diagnoses. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (2):315-322. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200010
28. World Health Organization. Division of Mental Health. WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version. Published online 1996.
29. Lebrão ML, ed. Health, Well-Being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil. 2005; 8 (2):127-141.
30. Salvador-Carulla L, Salas D. Assessment instruments in psychiatry: description and psychometric properties. In: *Mental Health Outcome Measures*. 2nd ed. Gaskell; 2001:285-303.
31. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16 (3):38.
32. Mukaka MM. Statistics Corner: a guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*. 2012; 24 (3):69-71.
33. Kishi Y, Matsuki M, Mizushima H, Matsuki H, Ohmura Y, Horikawa N. The INTERMED Japanese version: Inter-rater reliability and internal consistency. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010; 69 (6):583-586. DOI:10.1016/j.jpsychores.2010.02.006
34. Coppa D, Winchester SB, Roberts MB. Home-based nurse practitioners demonstrate reductions in rehospitalizations and emergency department visits in a clinically complex patient population through an academic-clinical partnership. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2018; 30 (6):335-343. DOI:10.1097/JXX.0000000000000060
35. Huyse F, Herzog T, Lobo A, et al. Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry*. 1997; 12:70s-78s. DOI: 10.1016/S0924-9338(97)80210-6
36. Lobo E, Ventura T, Navio M, et al. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. *International Journal of Clinical Practice*. 2015; 69 (11):1377-1386. DOI:10.1111/ijcp.12721
37. Gutierrez BAO, Silva HS da, Shimizu HE. Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014; 27 (5):427-433. DOI: 10.1590/19820194201400071
38. Maxwell M, Hibberd C, Aitchison P, et al. The Patient Centred Assessment Method for improving nurse-led biopsychosocial assessment of patients with long-term

conditions: a feasibility RCT. *Health Services and Delivery Research*. 2018; 6 (4):1-120. DOI: 10.3310/hsdr06040

39. Creed F. Are the patient-centred and biopsychosocial approaches compatible? In: *Biopsychosocial Medicine: an integrated approach to understanding illness*. Vol 1. Oxford University Press; 2015. DOI:10.1093/med:psych/9780198530343.003.0011

40. Farrar M. An inquiry into patient centred care in the 21st century: implications for general practice and primary care. Published online 2014. Accessed April 16, 2020. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Inquiry-into-Patient-Centred-Care-in-the-21st-Century.ashx?la=en>

## **4. CONCLUSÃO**

#### **4.1 Considerações finais**

O INTERMED é um instrumento que pode ser utilizado para a avaliação de pacientes, contribuindo para o desenvolvimento de Planos de Manejo de Cuidados de Saúde. Possui atributos que permitem uma abordagem integral (não apenas na concepção ampla de saúde, mas analisando toda a relação de oferta do sistema de saúde) e centrada na pessoa (através de uma compreensão dos objetivos e entendimentos das necessidades de saúde pelo próprio paciente). Os seus valores psicométricos são robustos, com muitas pesquisas em vários contextos diferentes para várias patologias (DI GANGI HERMS et al., 2003; KOCH et al., 2001, 2001; LOBO et al., 2007).

É um instrumento que permite uma compreensão dos diferentes níveis de complexidade, facilitando a atribuição de valores, classificações e ações necessárias personalizadas. Na APS pode ser um marco importante, pois há uma escassez de instrumentos que analisam o paciente em sua completude e complexidade, identificando as barreiras e facilitadores para uma melhor aderência ao tratamento (MARCOUX et al., 2017).

Esta dissertação buscou documentar e analisar de forma sistematizada dados sobre o uso do INTERMED, mostrando resultados promissores de modo geral e apontando claramente para a necessidade de novos estudos na APS, principalmente quanto à sua validade preditiva e sua aplicabilidade do ponto de vista dos profissionais de saúde desse nível de cuidado.

## **4. REFERÊNCIAS**

#### 4.1 Referência da dissertação

ALVES, D. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Physis**, v. 12, p. 171–78, 2002.

BAIRD, B. et al. **Innovative models of general practice**. [s.l: s.n.].

BANDEIRA, M. **Validação dos questionários de qualidade de vida (CHAQ e CHQ-PF50®) em pacientes com Febre Reumática**. Dissertação (mestrado) — Instituto de Biociências de Botucatu: Universidade Estadual Paulista, UNESP, 2007.

BOENINK, A; HUYSE, F. Arie Querido (1901-1983): a Dutch psychiatrist: his views on integrated health care. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 43, n. 6, p. 551–557, 1997.

BORRELL-CARRIO, F. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 6, p. 576–582, 1 nov. 2004.

BOTEGA, N. J. et al. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359–363, out. 1995.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão Nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais Nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo Nº 186/2008. 2016, p. 498.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.

BRAZIL. **National Politics of Primary Health Care**. Ministry of Health. Department of Primary Care, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

BRAZIL; DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. [s.l: s.n.].

COPPA, D.; WINCHESTER, S. B.; ROBERTS, M. B. Home-based nurse practitioners demonstrate reductions in rehospitalizations and emergency department visits in a clinically complex patient population through an academic–clinical partnership. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 30, n. 6, p. 335–343, jun. 2018.

CREED, F. Are the patient-centred and biopsychosocial approaches compatible? In: **Biopsychosocial Medicine: an integrated approach to understanding illness**. [s.l.] Oxford University Press, 2015. v. 1.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 38, 1951.

DE JONGE, P. et al. INTERMED—a clinical instrument for biopsychosocial assessment. **Psychosomatics**, v. 42, n. 2, p. 106–109, mar. 2001.

DE JONGE, P. et al. INTERMED: a measure of biopsychosocial case complexity: one year stability in Multiple Sclerosis patients. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 147–152, mar. 2004.

DE JONGE, P.; LATOUR, C. H. M.; HUYSE, F. J. Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. **Psychosomatic Medicine**, v. 65, n. 6, p. 997–1002, nov. 2003.

DE JONGE, P.; LATOUR, C.; HUYSE, F. J. Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous somatic population. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 52, n. 1, p. 25–27, jan. 2002.

DI GANGI HERMS, A. M. R. 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, maio 2003.

FARRAR, M. **An inquiry into patient centred care in the 21st century: implications for general practice and primary care**. Royal College of General Practitioners, 2014. Disponível em: <<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Inquiry-into-Patient-Centred-Care-in-the-21st-Century.ashx?la=en>>. Acesso em: 16 abr. 2020

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 43–50, dez. 2003.

GRIEP, R. H. et al. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703–714, jun. 2005.

GUTIERREZ, B. A. O.; SILVA, H. S. DA; SHIMIZU, H. E. Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 427–433, out. 2014.

HUYSE, F. et al. Detection and treatment of mental disorders in general health care. **European Psychiatry**, v. 12, p. 70s–78s, jan. 1997.

HUYSE, F. J. et al. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) collaborative study I: General outline. **General Hospital Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 44–55, jan. 1996.

HUYSE, F. J. From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 43, n. 3, p. 233–240, set. 1997.

HUYSE, F. J. et al. “INTERMED”: A Method to Assess Health Service Needs I. Development and Reliability. **Elsevier Saunders**, v. 21, p. 39–48, 1999.

HUYSE, F. J. et al. COMPRI—an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European Study. **Psychosomatics**, v. 42, n. 3, p. 222–228, maio 2001.

INDEPENDENT COMMISSION. **Guiding patients through medical complexity. An independent commission into medical generalism.** The Health Foundation and the Royal College of General Practitioners, 2011. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/sites/default/files/GuidingPatientsThroughComplexityMode rnMedicalGeneralism.pdf>>

INTERMED FOUNDATION. **INTERMED Complexity Assessment Grid (IM CAG version 6)** Intermed Foundation, 2009.

INTERMED FOUNDATION. **Manual for interpreting the INTERMED Self-Assessment (IM-SA)** Intermed Foundation, 2017.

JONGE, P. DE et al. Timing of Psychiatric Consultations. **Psychosomatics**, v. 41, n. 6, p. 505–511, nov. 2000.

KATHOL, R. G. et al. **The Integrated Case Management Manual: value-based assistance to complex medical and behavioral health patients.** 2. ed. [s.l.] Springer International Publishing, 2018.

KATHOL, R. G.; HOBBS KNUTSON, K.; DEHNEL, P. J. **Physician’s Guide understanding and working with integrated case managers.** Cham: Springer International Publishing : Imprint : Springer, 2016.

KATHOL, R. G.; KNUTSON, K. H.; DEHNEL, P. Indirect and direct physician support for Integrated Case Management in adults. In: **Physician’s Guide: understanding and working with Integrated Case Managers.** Switzerland: Springer, 2016. p. 121–143.

KATHOL, R. G.; PEREZ, R.; COHEN, J. S. **The integrated case management manual: assisting complex patients regain physical and mental health.** New York: Springer, 2010.

KHABSA, M. et al. Learning to identify relevant studies for systematic reviews using random forest and external information. **Machine Learning**, v. 102, n. 3, p. 465–482, mar. 2016.



- KISHI, Y. et al. The INTERMED Japanese version: Inter-rater reliability and internal consistency. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 69, n. 6, p. 583–586, dez. 2010.
- KOCH, N. et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis & Rheumatism**, v. 45, n. 3, p. 216–221, jun. 2001.
- LEBRÃO, M. L. (ED.). Health, Well-Being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil. v. 8, n. 2, p. 127–41, 2005.
- LEE, L. et al. Frailty screening and case-finding for complex chronic conditions in older adults in primary care. **Geriatrics**, v. 3, n. 3, p. 39, 7 jul. 2018.
- LOBO, A. et al. The ECLW collaborative study II: Patient Registration Form (PRF) instrument, training and reliability. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 40, n. 2, p. 143–156, fev. 1996.
- LOBO, A. et al. Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up: I. Rational and design of the project. **The European Journal of Psychiatry**, v. 19, n. 3, set. 2005.
- LOBO, E. et al. Early detection of pneumology inpatients at risk of extended hospital stay and need for psychosocial treatment: **Psychosomatic Medicine**, v. 69, n. 1, p. 99–105, jan. 2007.
- LOBO, E. et al. Predicción temprana de necesidades de intervención psicosocial especializada en pacientes con enfermedades pulmonares a partir de evaluaciones por enfermeras. **Medicina Clínica**, v. 131, n. 19, p. 731–736, nov. 2008.
- LOBO, E. et al. Care complexity, mood, and quality of life in liver pre-transplant patients. **Clinical Transplantation**, v. 27, n. 3, p. 417–425, maio 2013.
- LOBO, E. et al. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. **International Journal of Clinical Practice**, v. 69, n. 11, p. 1377–1386, nov. 2015.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 4 jun. 2015.
- MALT, U. F. et al. The ECLW collaborative study: III. Training and reliability of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting—an investigation of 220 consultants from 14 European countries. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 41, n. 5, p. 451–463, nov. 1996.
- MARCOUX, V. et al. Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. **PLOS ONE**, v. 12, n. 11, p. e0188663, 30 nov. 2017.
- MATZER, F. et al. Biopsychosocial health care needs at the emergency room: challenge of complexity. **PLoS ONE**, v. 7, n. 8, p. e41775, 28 ago. 2012.

MAXWELL, M. et al. The Patient Centred Assessment Method for improving nurse-led biopsychosocial assessment of patients with long-term conditions: a feasibility RCT. **Health Services and Delivery Research**, v. 6, n. 4, p. 1–120, jan. 2018.

MELLER, W. et al. Using the INTERMED complexity instrument for a retrospective analysis of patients presenting with medical illness, substance use disorder, and other psychiatric illnesses. **ANNALS OF CLINICAL PSYCHIATRY**, v. 1, n. 27, p. 39–43, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.

MICHAUD, L. et al. Immunosuppressive therapy after solid-organ transplantation: does the INTERMED identify patients at risk of poor adherence? **Pharmacy Practice**, v. 14, n. 4, p. 822, 31 dez. 2016.

MUKAKA, M. M. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal**, v. 24, n. 3, p. 69–71, 2012.

NADER, A. **PEDIATRIC-INTERMED© complexity assessment grid manual for Inflammatory Bowel Disease (pIBD-INTERMED)** Intermed Foundation, , 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de TM e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, dez. 2016.

PETERS, D. H. et al. Implementation research: what it is and how to do it. **British Journal of Sports Medicine**, v. 48, n. 8, p. 731–736, abr. 2014.

PETERS, L. L. et al. Development and measurement properties of the self-assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 74, n. 6, p. 518–522, jun. 2013.

PLSEK, P. E.; GREENHALGH, T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. **BMJ**, v. 323, n. 7313, p. 625–628, 15 set. 2001.

SALVADOR-CARULLA, L.; SALAS, D. Assessment instruments in psychiatry: description and psychometric properties. In: **Mental Health Outcome Measures**. 2. ed. Berlin: Gaskell, 2001. p. 285–303.

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. 736–741, dez. 2006.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; LABATE, R. C. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 7–14, jan. 2002.

SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, p. 29, 1 ago. 2003.

SOUZA, R. C. DE et al. The Charlson comorbidity index (CCI) for adjustment of hip fracture mortality in the elderly: analysis of the importance of recording secondary diagnoses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 315–322, fev. 2008.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.

STIEFEL, F. et al. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A Randomized Controlled Trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 77, n. 4, p. 247–256, 2008.

STIEFEL, F. C. et al. “INTERMED”: a method to assess health service needs II. Results on Its Validity and Clinical Use. **General Hospital Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 49–56, jan. 1999.

STIEFEL, F. C. et al. Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. **Elsevier Saunders**, v. 90, p. 713–758, 2006.

STURMBERG, J. P.; MARTIN, C. M. Complexity and health - yesterday's traditions, tomorrow's future. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 15, n. 3, p. 543–548, jun. 2009.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no período operatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124–131, fev. 2006.

VAN ECK VAN DER SLUIJS, 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. 427–436, jul. 2017.

VOUILLOZ, A. et al. Biopsychosocial complexity is correlated with psychiatric comorbidity but not with perceived pain in complex regional pain syndrome type 1 (algodystrophy) of the knee. **Joint Bone Spine**, v. 78, n. 2, p. 194–199, mar. 2011.

WEBER, B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do método intermed para a Língua Portuguesa: estudo em pacientes hospitalizados**. Tese doutorado—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012b.

WEBER, B. et al. Translation and cultural adaptation of the Interdisciplinary Medicine Instrument (INTERMED): method of biopsychosocial assessment in Brazil. **RAHIS**, n. 9, p. 87, 29 nov. 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, dez. 2005.

WILD, B. et al. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The INTERMED for the Elderly (IM-E). **Journal of Psychosomatic Research**, v. 70, n. 2, p. 169–178, fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIVISION OF MENTAL HEALTH.  
**WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of  
the assessment : field trial version**World Health Organization, 1996.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. The Social Support Scale (MOS-SSS): Standardizing with Item References. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 387–399, 2018.

## **5. APÊNDICE**

**APENDICE 1 – Autorização das Unidades de Saúde**  
**Vila Albertina**

**Autorização para coleta de dados na Unidade de Saúde**

O projeto intitulado “**Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde**”, tem como objetivo principal a análise e comparação do uso do Método Intermed com os dados obtidos nos prontuários tanto individuais quanto de família dos pacientes assistidos na Unidade de Saúde. A amostra consiste em 50 pacientes e seus prontuários, 25 homens e 25 mulheres, entre a faixa etária de 20 a 69 anos.

A pesquisa seguirá as seguintes etapas; 1) o recrutamento dos pacientes, utilizando o E-SUS, para obtenção dos nomes e telefone dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde; 2) os pacientes que aceitarem participar da pesquisa irão responder um conjunto de questionários, entre eles o Método Intermed; 3) os prontuários destes pacientes serão analisados utilizando o Método Intermed como padrão outro de comparação.

Após reunião e discussão com os pesquisadores responsáveis do projeto Eu, Elaine Aparecida Pastorelli, gerente da Unidade de Saúde, USF "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde**”, da aluna Camila Almeida de Oliveira, pós-graduanda do Departamento de Medicina Social – Mestrado Saúde na Comunidade, sob orientação do Profº Drº João Manzonci de Azevedo Marques.

---

Elaine Aparecida Pastorelli  
*Elaine Ap. Pastorelli*  
Gerente  
COREN/SP 93710

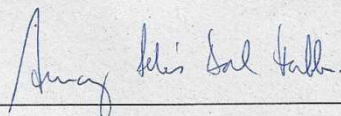


Núcleo Saúde da Família - 3**Autorização para coleta de dados na Unidade de Saúde**

O projeto intitulado **“Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde”**, tem como objetivo principal a análise e comparação do uso do Método Intermed com os dados obtidos nos prontuários tanto individuais quanto de família dos pacientes assistidos na Unidade de Saúde. A amostra consiste em 50 pacientes e seus prontuários, 25 homens e 25 mulheres, entre a faixa etária de 20 a 69 anos.

A pesquisa seguirá as seguintes etapas; 1) o recrutamento dos pacientes, utilizando o E-SUS, para obtenção dos nomes e telefone dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde; 2) os pacientes que aceitarem participar da pesquisa irão responder um conjunto de questionários, entre eles o Método Intermed; 3) os prontuários destes pacientes serão analisados utilizando o Método Intermed como padrão outro de comparação.

Após reunião e discussão com os pesquisadores responsáveis do projeto Eu, Drº Amaury Lellis Dal Fabbro, gerente da Unidade de Saúde, USF Profº Drº Célia de Almeida Ferreira - Núcleo 3, autorizo a realização da pesquisa intitulada **“Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde”**, da aluna Camila Almeida de Oliveira, pós-graduanda do Departamento de Medicina Social – Mestrado Saúde na Comunidade, sob orientação do Profº Drº João Manzonci de Azevedo Marques.



---

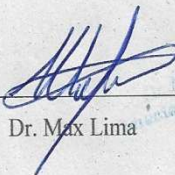
Drº Amaury Lellis Dal Fabbro

CSE Ipiranga/UBS Ipiranga**Autorização para coleta de dados na Unidade de Saúde**

O projeto intitulado “**Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde**”, tem como objetivo principal a análise e comparação do uso do Método Intermed com os dados obtidos nos prontuários tanto individuais quanto de família dos pacientes assistidos na Unidade de Saúde. A amostra consiste em 50 pacientes e seus prontuários, 25 homens e 25 mulheres, entre a faixa etária de 20 a 69 anos.

A pesquisa seguirá as seguintes etapas; 1) o recrutamento dos pacientes, utilizando o E-SUS, para obtenção dos nomes e telefone dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde; 2) os pacientes que aceitarem participar da pesquisa irão responder um conjunto de questionários, entre eles o Método Intermed; 3) os prontuários destes pacientes serão analisados utilizando o Método Intermed como padrão outro de comparação.

Após reunião e discussão com os pesquisadores responsáveis do projeto Eu, Dr. Max Lima, gerente da Unidade de Saúde, UBS Dr. João Paulo Bin - Ipiranga, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde**”, da aluna Camila Almeida de Oliveira, pós-graduanda do Departamento de Medicina Social – Mestrado Saúde na Comunidade, sob orientação do Profº Drº João Manzoni de Azevedo Marques.



Dr. Max Lima



**APENDICE 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Estudo exploratório sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde**

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar se um conjunto de perguntas (o Método Intermed), aplicado por entrevista face a face, produz mais informações completas e sistemáticas sobre os vários aspectos da sua vida, em comparação com a obtenção dessas informações através da leitura do seu prontuário na unidade de saúde. A entrevista terá duração de uma hora, no qual o senhor(a) responderá os seguintes protocolos: Escala de Qualidade de Vida – Whoqol brief, Escala HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Questionário Escala de Apoio Social (MOS) e Índice de Comorbidade de Charlson, Questionário sócio demográfico, Escala de Avaliação da Aplicabilidade por parte dos usuários, Avaliação da análise do estado de saúde, social e ocupacional do cidadão e Intermed.

Ao longo da pesquisa, que terá duração de 12 meses, o senhor(a), poderá ser solicitado, dentro de seis meses e dentro de 12 meses, a responder alguns questionários: Intermed e Avaliação da análise do estado de saúde, social e ocupacional do usuário.

Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Os riscos que podem ocorrer, será apenas referente a algum constrangimento que por ventura o senhor(a) possa sentir ao responder a determinada questão de algum protocolo, contudo suas informações serão tratadas de forma sigilosa e respeitosa.

Além de aceitar responder as questões da pesquisa, o Senhor (a) precisará autorizar o uso das informações contidas no seu prontuário do serviço de saúde, para uma posterior análise. Seu nome não aparecerá em qualquer momento desta análise, pois você será identificado (a) por um número. Você poderá tirar todas as dúvidas que tiver sobre a pesquisa no momento que quiser; poderá ou não participar da pesquisa; e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde. Pela sua participação na pesquisa, não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,

RG/CPF \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve a pesquisa e qual procedimento ao qual eu irei ser submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não afetará meu tratamento. Sei que o meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar da pesquisa. Eu concordo com a minha participação no estudo.

Este documento é composto por duas vias, uma será entregue ao participante e uma permanecerá com os responsáveis pela pesquisa.

Ribeirão Preto, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador

Informações do Pesquisador responsável: Camila Almeida de Oliveira Fone:

(16) 99146-3398 ocamila26@gmail.com

Qualquer dúvida sobre ética e procedimentos da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética. Informações do Comitê de Ética em Pesquisa: USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão. Rua: Teresina 690. Sumarezinho – Ribeirão Preto/Sp Horário de Funcionamento: 08:00 as 17:00hs.

### APENDICE 3

#### Escala de Avaliação da Aplicabilidade por parte dos pacientes

#### **Escala para avaliação da aplicabilidade pelos participantes da pesquisa sobre o Método Intermed**

Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre a experiência de responder o conjunto de perguntas que acabamos de lhe fazer. Você dará a sua opinião sobre como foi a experiência em responder o questionário, ajudando para que possamos analisar o seu uso. A sua opinião é muito importante. Não existe resposta certa ou errada, você não está sendo avaliado (a) de nenhuma maneira, apenas gostaríamos de saber o que achou dessa experiência de responder essas perguntas.

**Nome do sujeito:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Em relação ao Intermed, responda às questões colocadas abaixo.

**1) O senhor (a) entendeu todas as perguntas da entrevista?**

- 1 – Sim, todas as perguntas eram fáceis de entender.
- 2 – Sim, embora existissem algumas palavras que eu não sabia o significado com certeza, eu consegui entender todas as perguntas.
- 3 – Mais ou menos, achei um pouco confusas algumas poucas perguntas e não consegui entendê-las direito.
- 4 – Não, tinham muitas palavras e perguntas difíceis de entender
- 5 – Não, todas ou quase todas as perguntas eram difíceis de entender e responder corretamente

**2) O senhor (a) soube responder todas as perguntas da entrevista?**

- 1 – Sim, eu sabia responder todas
- 2 – Sim, mas precisei pensar um pouco em algumas respostas que ia dar
- 3 – Mais ou menos, fiquei na dúvida se estava respondendo certo
- 4- Não, teve muitas perguntas que eu não sabia a resposta
- 5 – Não, não consegui responder nenhuma ou quase nenhuma pergunta

**3) O que você achou do tempo que demorou a entrevista?**

- 1 – Gostei, foi rápido
- 2 – Poderia ter sido mais rápido
- 3 – Achei que iria demorar mais
- 4 – Demorou mais do que eu tinha pensado
- 5 – Demorou muito mais do que imaginei

- 4) **Você acha importante responder as perguntas da entrevista sobre a sua saúde e doença?**
- 1 – Sim, ajuda os profissionais a entenderem sobre o que estou passando
  - 2 – Sim, mas algumas perguntas não achei tão importantes
  - 3 – Mais ou menos, teve várias perguntas que não tinha relação com a minha saúde ou doença
  - 4 – Não, acho que esse tipo de pergunta não ajuda os profissionais a entenderem o que estou passando
  - 5 – Não, acho que essas perguntas não deveriam ser feitas por profissionais de saúde
- 5) **Você acha importante responder as perguntas da entrevista sobre o seu estado emocional?**
- 1 – Sim, ajuda os profissionais a entenderem sobre o que estou sentindo
  - 2 – Sim, mas algumas perguntas não achei tão importantes
  - 3 – Mais ou menos, teve várias perguntas que não tinha relação com meu estado emocional
  - 4 – Não, acho que esse tipo de pergunta não ajuda os profissionais a entenderem o que estou sentindo
  - 5 – Não, acho que essas perguntas não deveriam ser feitas por profissionais de saúde
- 6) **Você acha importante responder as perguntas da entrevista sobre sua condição social?**
- 1 – Sim, ajuda os profissionais a entenderem sobre como eu vivo
  - 2 – Sim, mas algumas perguntas que não achei tão importantes
  - 3 – Mais ou menos, teve várias perguntas que não tinha relação com a forma como vivo
  - 4 – Não, acho que esse tipo de pergunta não ajuda os profissionais a entenderem a forma como vivo
  - 5 – Não, acho que essas perguntas não deveriam ser feitas por profissionais de saúde
- 7) **Você acha importante responder perguntas da entrevista sobre a sua relação com os profissionais e o local em que é atendido?**
- 1 – Sim, isso melhora a forma que sou atendido e encaminhado para outros serviços de saúde
  - 2 – Sim, mas fiquei preocupado em responder algumas perguntas
  - 3 – Mais ou menos, teve perguntas que não achei tão importante assim
  - 4 – Não, acho que esse tipo de pergunta pode prejudicar a forma que os profissionais me atendem
  - 5 – Não, por isso que não respondi todas as perguntas de forma verdadeira

**8) Acredita que o INTERMED pode modificar os atendimentos/consulta? Se sim de qual forma?**

(Não é obrigatório escrever nada, você só escreve se quiser).

---

---

---

---

---

---

---

**Agradecemos a sua participação**

**APENDICE 4**Questionário sócio demográfico

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento/ idade:

Sexo: F ( ) M ( )

Cor: branco ( ) negro ( ) pardo ( )

Endereço:

Telefone:

Hygia:

Possui alguma doença crônica:

Motivo de mais procurar a Unidade de Saúde:

Possui filhos:

Mora com quem:

Escolaridade:

<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Nomenclatura anterior</b>	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio incompleto	
Fundamental completo/ Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial incompleto	
Médio completo/ Superior incompleto	Colegial Completo/ Superior Incompleto	
Superior completo	Superior Completo	

## Situação Profissional

Empregado	
Desempregado	
Afastado	
Aposentado	
Autônomo	

## Estado Civil

Solteiro	
Casado	
Amigado	
Divorciado	
Separado	
Viúvo	

Itens de Conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tabletes, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água de sua casa é proveniente de	
Rede geral de distribuição	
Poço ou nascente	
Outro meio	

A rua da sua casa é	
Asfaltada/Pavimentada	
Terra/Cascalho	

**APENDICE 5**Avaliação da análise do estado de saúde, social e ocupacional do paciente.

1 - Quantas vezes o paciente foi atendido na APS nos seis meses anteriores e qual tipo de atendimento?

0 - 5	
6 - 10	
11 - 20	
> 21	

Consulta médica	
Consulta enfermagem	
Consulta multiprofissional	
Consulta eventual	

2 - Houve internações no período, sua causa e o tempo?

R: \_\_\_\_\_

3 - Houve observação em serviços de emergência (hospitalares e extra hospitalares)

4 - Houve prescrição de medicamento para doenças crônicas?

5 - Quantidade de medicamentos prescritos?

6 - Houve redução da quantidade de medicamentos prescritos?

7 - Houve referência para nível secundário?

8 - Paciente foi encaminhado para centro de reabilitação?

9 - Paciente foi encaminhado para o CAPS?

10 - Paciente foi encaminhado para consulta com especialista?

11 - Paciente mudou de residência?

12 - A estrutura familiar foi modificada?



## **6. ANEXO**

## Anexo 1 – Instrumentos

### INTERMED

#### As questões direcionadoras [1-17] do INTERMED – entrevista

##### 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 idéia 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.

Bom.

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?
1. 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? Você acha que não foi adequado fazer essas perguntas a você?

Obrigada por sua paciência e disposição em fornecer informações. Se você quiser eu resumirei os principais pontos levantados.

### As variáveis e seus pontos clínicos de apoio

#### **BIOLÓGICO**

##### **Cronicidade (HB1) (Histórico)**

Explicação

- 0 – Menos que 3 meses de disfunção física
- 1 – Mais que 3 meses de disfunção física ou vários períodos de menos de 3 meses
- 2 – Uma doença crônica
- 3 – Várias doenças crônicas

##### **Dilema no Diagnóstico (HB2) (Histórico)**

Explicação

- 0 – Sem períodos de complexidade diagnóstica
- 1 – Diagnóstico e etiologia foram rapidamente esclarecidos
- 2 – Dilema no diagnóstico resolvido, mas somente com esforço considerável para o diagnóstico
- 3 – Dilema no diagnóstico não resolvido, apesar de esforços consideráveis para o diagnóstico

##### **Gravidade dos Sintomas/ Comprometimento (CB1) (Estado Atual)**

Explicação

- 0 – Sem sintomas ou sintomas reversíveis sem esforços médicos intensivos
- 1 – Sintomas leves, mas significativos, que não interferem na funcionalidade atual
- 2 – Sintomas moderados a graves, que interferem na funcionalidade atual
- 3 – Sintomas graves que levam à incapacidade de realizar quaisquer atividades funcionais

##### **Desafio Diagnóstico/ Terapêutico (CB2) (Estado Atual)**

Explicação

- 0 – Diagnósticos claros e/ou tratamento não complicado
- 1 – Diagnósticos diferenciais claros e/ou diagnóstico esperado com tratamentos definidos
- 2 – Dificuldade para diagnosticar a causa/origem física e tratá-la da forma esperada
- 3 – Dificuldade de diagnosticar ou tratar, outros problemas além de causas físicas interferindo no diagnóstico e no processo terapêutico

##### **Complicações e Ameaça à Vida (VB) (Vulnerabilidades)**

Explicação

- ? – Desconhecidas
- 0 – Nenhum risco de limitações nas atividades da vida diária
- 1 – Risco leve de limitações nas atividades da vida diária
- 2 – Risco moderado de limitações permanentes e/ou significativas nas atividades da vida diária
- 3 – Risco elevado de complicações físicas com sérios déficits funcionais permanentes e/ou morte

#### **PSICOLÓGICO**

##### **Barreiras de Enfrentamento (HP1) (Histórico)**

Explicação

- 0 – Capacidade de manejar o estresse, tal como pela procura de apoio ou passatempos
- 1 – Habilidades restritas de enfrentamento, tais como necessidade de controle, negação da doença, ou irritabilidade
- 2 – Habilidades insuficientes de enfrentamento, tais como queixas não pertinentes

- ou abuso de substâncias, porém sem sérios impactos na condição clínica, saúde mental, ou situação social
- 3 – Habilidades mínimas de enfrentamento, manifestadas por comportamentos destrutivos, tais como dependência de substâncias, doença psiquiátrica, automutilação, ou tentativa de suicídio

#### **Disfunção Psiquiátrica (HP2) (Histórico)**

Explicação

- 0 – Nenhuma disfunção psiquiátrica
- 1 – Disfunção psiquiátrica sem efeitos claros na funcionalidade diária
- 2 – Disfunção psiquiátrica com efeitos claros na funcionalidade diária
- 3 – Hospitalização(ões) psiquiátrica(s) e/ou efeitos permanentes na funcionalidade diária

#### **Resistência ao Tratamento (CP1) (Estado Atual)**

Explicação

- 0 – Interessado em receber tratamento e disposto a cooperar ativamente
- 1 – Alguma ambivalência, apesar de disposto a cooperar com o tratamento
- 2 – Resistência considerável, tal como não adesão com hostilidade ou indiferença com relação aos profissionais de saúde e/ou tratamentos
- 3 – Resistência ativa ao cuidado médico

#### **Sintomas Psiquiátricos (CP2) (Estado Atual)**

Explicação

- 0 – Sem sintomas psiquiátricos
- 1 – Sintomas psiquiátricos leves, tais como dificuldade de concentração ou tensão
- 2 – Sintomas psiquiátricos moderados, tais como ansiedade, depressão ou comprometimento cognitivo leve
- 3 – Sintomas psiquiátricos graves e/ou distúrbios comportamentais, tais como violência, dano de auto agressividade, *delirium*, psicose, ou mania

#### **Ameaça à Saúde Mental (VP) (Vulnerabilidades)**

Explicação

- 0 – Sem risco de transtorno psiquiátrico
- 1 – Risco leve de sintomas psiquiátricos, tais como estresse, ansiedade, tristeza, abuso de substância ou transtorno cognitivo; risco leve de resistência ao tratamento (ambivalência)
- 2 – Risco moderado de transtorno psiquiátrico, necessitando de cuidado psiquiátrico; risco moderado de resistência ao tratamento
- 3 – Risco grave de transtorno psiquiátrico, necessitando de visitas frequentes ao serviço de emergência e/ou admissões hospitalares; risco de recusa ao tratamento devido a transtornos psiquiátricos sérios

### **SOCIAL**

#### **Problemas relacionados ao Trabalho e Lazer (HS1) (Histórico)**

Explicação

- 0 – Trabalho/ ocupação (incluindo serviço doméstico, aposentadoria, estudos) e tem atividades de lazer
- 1 – Trabalho/ ocupação (incluindo serviço doméstico, aposentadoria, estudos) e sem atividades de lazer
- 2 – Atualmente desempregado e pelo menos 6 meses com atividades de lazer
- 3 – Atualmente desempregado e pelo menos 6 meses sem atividades de lazer

#### **Situação Social (HS2) (Histórico)**

Explicação

- 0 – Sem ruptura social
- 1 – Dificuldade de interação social leve
- 2 – Dificuldade de interação social moderada, tal como incapacidade de iniciar ou manter relações sociais
- 3 – Dificuldade de interação social grave, tal como envolvimento em relações sociais conflitivas ou isolamento social

#### **Condições no Domicílio (CS1) (Estado Atual)**

##### Explicação

- 0 – Domicílio estável; totalmente capaz de viver independentemente
- 1 – Domicílio estável com ajuda de outros, por exemplo, família, cuidador domiciliar, ou institucional
- 2 – Domicílio instável, por exemplo, sem apoio em casa ou vivendo em um abrigo; é necessária mudança da situação de vida atual
- 3 – Sem domicílio atual satisfatório, por exemplo, moradia transitória ou ambiente perigoso; é necessária mudança imediata

#### **Rede de Apoio Social Precária (CS2) (Estado Atual)**

##### Explicação

- 0 – Suporte prontamente disponível de familiares, amigos, e/ou conhecidos, tais como colegas de trabalho, em todos os momentos
- 1 – Suporte disponível da família, amigos, e/ou conhecidos, tais como colegas de trabalho, porém inconstante
- 2 – Suporte limitado da família, amigos, e/ou conhecidos, tais como colegas de trabalho
- 3 – Sem nenhum suporte da família, amigos, e/ou conhecidos, tais como colegas de trabalho

#### **Vulnerabilidade Social (VS) (Vulnerabilidades)**

##### Explicações

- 0 – Sem risco de mudanças na situação de vida; suporte social e integração adequados
- 1 – Sem risco de mudanças na situação de vida, mas são necessários maior suporte social e integração, por exemplo, assistência domiciliar
- 2 – Risco de admissão temporária ou permanente em instituição/ institucionalização no futuro previsível
- 3 – Necessidade imediata de admissão temporária ou permanente em instituição agora

#### **SISTEMA DE SAÚDE**

##### **Acesso ao Cuidado (HHS1) (Histórico)**

##### Explicação

- 0 – Acesso adequado ao cuidado
- 1 – Alguma limitação no acesso ao cuidado devido a problemas do sistema de saúde/ plano de saúde, razões geográficas, linguagem, ou barreiras culturais
- 2 – Dificuldades no acesso ao cuidado devido a problemas do sistema de saúde/ plano de saúde, razões geográficas, linguagem, ou barreiras culturais
- 3 – Sem acesso adequado ao cuidado devido a problemas do sistema de saúde/ plano de saúde, razões geográficas, linguagem, ou barreiras culturais

**Experiência do Tratamento (HHS2) (Histórico)**

## Explicação

- 0 – Sem problemas com profissionais de saúde
- 1 – Experiência negativa com profissionais de saúde (sua ou de parentes)
- 2 – Pedidos de segunda opinião ou mudança de médicos mais de uma vez; múltiplos profissionais; problema em manter profissional(is) estável(eis) e/ou de preferência
- 3 – Repetidos conflitos com médicos, visitas frequentes ao serviço de emergência, ou hospitalizações involuntárias; forçado a ficar com profissional indesejável devido a custo, opções de rede de profissionais, ou outras razões

**Organização do Cuidado (CHS1) (Estado Atual)**

## Explicação

- 0 – Somente atenção primária em saúde
- 1 – Serviços especializados no cuidado geral da saúde ou saúde mental/ cuidado ao transtorno do uso de substâncias
- 2 – Ambos, cuidado geral da saúde e serviços de cuidado de saúde mental/ transtorno do uso de substâncias
- 3 – Hospitalização ou transferência do paciente, que se qualifica em cuidado ambulatorial no Nível secundário

**Coordenação do Cuidado (CHS2) (Estado Atual)**

## Explicação

- 0 – Comunicação completa com o profissional e boa coordenação do cuidado
- 1 – Comunicação limitada com o profissional e coordenação do cuidado; médico da atenção primária coordena os serviços médicos e de saúde mental/ transtorno do uso de substâncias
- 2 – Comunicação precária e coordenação do cuidado entre os profissionais; sem médico da atenção primária de rotina
- 3 – Nenhuma comunicação e coordenação do cuidado entre os profissionais; serviço de emergência utilizado para atender as necessidades de saúde não emergenciais

**Impedimentos do Sistema de Saúde/ Plano de Saúde (VHS) (Vulnerabilidades)**

## Explicação

- ? – Desconhecidos
- 0 – Sem risco de impedimentos para coordenar cuidado físico e de saúde mental/ transtorno do uso de substâncias
- 1 – 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
- 2 – Risco moderado de impedimentos ao cuidado, por exemplo, potencial perda do sistema de saúde/ plano de saúde, profissionais inconsistentes, barreiras de comunicação
- 3 – Risco elevado de impedimentos ao cuidado, por exemplo, pouco ou nenhum acesso ao sistema de saúde/ plano de saúde, resistência à comunicação e coordenação entre os profissionais

## Apêndices

Isso leva à seguinte Classificação de Avaliação da Complexidade:

DOMÍNIOS	HISTÓRIA	ESTADO ATUAL	VULNERABILIDADE
<b>BIOLÓGICO</b>	Cronicidade (0) (1) (2) (3) (HB1) Dilema diagnóstico (0) (1) (2) (3) (HB2)	Gravidade sintomas (0) (1) (2) (3) (CB1) Desafio diagnóstico/Terapêutico (0) (1) (2) (3) (CB2)	Complicações e ameaça à vida (0) (1) (2) (3) (?) (VB)
<b>PSICOLÓGICO</b>	Barreiras de enfrentamento (0) (1) (2) (3) (HP1) Disfunção psiquiátrica (0) (1) (2) (3) (HP2)	Resistência ao tratamento (0) (1) (2) (3) (CP1) Sintomas psiquiátricos (0) (1) (2) (3) (CP2)	Ameaça à saúde mental (0) (1) (2) (3) (VP)
<b>SOCIAL</b>	Problemas trabalho e lazer (0) (1) (2) (3) (HS1) Situação social (0) (1) (2) (3) (HS2)	Condições no domicílio (0) (1) (2) (3) (CS1) Rede de apoio social precária (0) (1) (2) (3) (CS2)	Vulnerabilidade social (0) (1) (2) (3) (VS)
<b>SISTEMA DE SAÚDE</b>	Acesso ao cuidado (0) (1) (2) (3) (HHS1) Experiência do tratamento (0) (1) (2) (3) (HHS2)	Organização do cuidado (0) (1) (2) (3) (CHS1) Coordenação do cuidado (0) (1) (2) (3) (CHS2)	Impedimentos do sistema de saúde/ Plano de saúde (0) (1) (2) (3) (?) (VHS)
<b>SCORE TOTAL</b>			



Escala de Qualidade de Vida – Whoqol bref

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	um pouco	médio	muíto	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muíto ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muíto bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muíto insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

### Referencias

The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Soc. Sci. Med, 1995, 41(10):1403-1409.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de saúde pública, 2000, 34(2):178-183

## Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão

## ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [ ] questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escores: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: [ ] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			

## Referências:

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370  
 Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clinica medica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.



## Questionário Escala de Apoio Social (MOS)

**Escala de apoio social do MOS**

Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	As vezes	Quase Sempre	Sempre
Que o (a) ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para levá-lo (a) ao médico e/ou à unidade de saúde para fazer exames e/ou consultas e/ou pegar remédios e/ou ser atendido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para se divertir junto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Em quem confiar ou para falar de seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para ajudá-lo (a) nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Que você ame e faça você se sentir querido (a)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Fonte: Griep RH, Chor D, Faerstein E, Wernick GL, Cláudia B, Lopes C-B. Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública. 2005;21(3):703-714.

Índice de Comorbidade de CharlsonÍndice de comorbidade (Charlson)

Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto Miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vasculopatia Periférica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pneumopatia Crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hepatopatia Leve	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Demência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença de Tecido Conectivo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

---

Qualquer Câncer	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DM: lesão de órgão alvo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Leucemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Linfoma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nefropatia Mod/Grave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

---

Hepatopatia Mod. ou Grave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------------------	---

---

Tumor Sólido Metastático	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AIDS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------------	---	------	---

---

**ANEXO 2 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto****Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 3111/2018- CAPP  
CSV/2018

Ribeirão Preto, 14 de Setembro de 2018.

Senhores Orientadores,

Informamos que os gerentes das Unidades Básicas: CSE Ipiranga, USF Núcleo 3 e USF Vila Albertina da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas dependências.

Sendo assim, declaramos estar cientes e concordamos com a realização do projeto de pesquisa: **“ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O USO DO MÉTODO INTERMED PARA O DIAGNÓSTICO BIOPSISSOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** sob a responsabilidade do pesquisador **DR. JOÃO MAZZONCINI DE AZEVEDO MARQUES** e da pesquisadora **CAMILA ALMEIDA DE OLIVEIRA**.

Informamos que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicitamos que o pesquisador encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

**Dra. Claudia Siqueira Vassimon****Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa  
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto****Ilustríssimo/a Senhor/a****Professor Dr. JOÃO MAZZONCINI DE AZEVEDO MARQUES**

Nesta

**ANEXO 3 – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa**

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ofício nº 037/18-CEP/CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto 18 de Outubro de 2018.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e **Aprovado "Ad-Referendum"** do Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na data de 17 de Outubro de 2018.

CAAE: 99566718.0.0000.5414

**Projeto de pesquisa: "Estudo de implementação sobre o uso do Método Intermed para o diagnóstico biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde".**

**Pesquisadora: Camila Almeida de Oliveira**

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Laércio Joel Franco**  
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP.

**Ilmo. Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques**  
Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto (FMRP-USP).



**ANEXO 4 – Autorização para uso do INTERMED pela Bernadete Weber****CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Bernadete Weber, Superintendente de Responsabilidade Social do Hospital do Coração, pesquisadora responsável pela tradução e adaptação cultural do INTERMED no Brasil, tenho ciência e estou de acordo que a aluna Camila Almeida de pós graduação da Saúde na Comunidade, no Departamento de Medicina Social de USP/RP, utilize o instrumento INTERMED na pesquisa intitulada ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O USO DO MÉTODO INTERMED PARA O DIAGNÓSTICO BIOPSISSOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE) sob a orientação do Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques no Departamento de Medicina Social de USP/RP.

São Paulo, 26 de setembro de 2018.



Bernadete Weber