

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

MESTRADO PROFISSIONAL EM MEDICINA

TARCISIO FANHA DORNELLES

**Experiência de aplicação do INTERMED em pacientes internados em
enfermaria psiquiátrica**

Ribeirão Preto
2023

TARCISIO FANHA DORNELLES

**Experiência de aplicação do INTERMED em pacientes internados em
enfermaria psiquiátrica**

Versão Corrigida

A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

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

Área de Concentração: Medicina

Orientador: Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Ribeirão Preto
2023

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.

Dornelles, Tarcisio Fanha

Experiência de aplicação do INTERMED em pacientes internados em enfermaria psiquiátrica. Ribeirão Preto, 2022.

42 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Marques, João Mazzoncini de Azevedo.

1. Psiquiatria. 2. INTERMED. 3. Internação psiquiátrica. 4. Saúde Mental. 5. Instrumentos em Saúde

DORNELLES, T. F. Experiência de aplicação do INTERMED em pacientes internados em enfermagem psiquiátrica. 2023. Dissertação. (Mestrado Profissional em Medicina – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*Dedico este trabalho:
aos amados de quem tanto senti saudades enquanto estive longe,
e aos amigos de lá que tornaram a caminhada mais fácil.*

Agradecimentos

Ao meu orientador, prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo-Marques, pela disponibilidade em aceitar a orientação e me auxiliar neste processo.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, em especial às equipes das Enfermarias de Psiquiatria da Unidade de Emergências e de Internação Breve, que permitiram a realização deste trabalho.

À equipe do Programa do Mestrado Profissional em Medicina e, em especial, à Nathália, sempre disposta a ajudar.

À Camila Oliveira, que gentilmente me ajudou em várias etapas deste trabalho.

À Lúcia Candido, pela revisão gramatical.

Aos pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa, mesmo estando em momento de fragilidade.

Aos amigos que me incentivaram a cursar o Mestrado Profissional.

À minha irmã e àqueles que me querem bem.

Aos meus pais, que me proporcionaram a oportunidade de ser médico e fazer residência médica, ainda que tão longe de casa.

Ao Rodolfo, pelos milhares de quilômetros que percorreu, transformando a saudade em reencontro.

A Deus, por estar vivo e ter sobrevivido a uma residência médica no meio de uma pandemia.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem*

João Guimarães Rosa

Resumo

DORNELLES, T. F. **Experiência de aplicação do INTERMED em pacientes internados em enfermaria psiquiátrica**. 2023. Dissertação. (Mestrado Profissional em Medicina – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

INTRODUÇÃO: A avaliação e estimativa do prognóstico do paciente, a partir de uma abordagem biopsicossocial, tem importância significativa para a Psiquiatria. Considerando essa especificidade, é importante que se disponha de ferramentas confiáveis para uma avaliação global do paciente, bem como para predição de vulnerabilidades e planejamento do cuidado. Para tal função, pode-se utilizar a ferramenta INTERMED. **OBJETIVOS:** O estudo tem por objetivo relatar a experiência de aplicar o INTERMED em pacientes internados em enfermarias psiquiátricas do HC-FMRP-USP. **MÉTODOS:** Foram avaliados 50 pacientes internados nas enfermarias de psiquiatria usando o instrumento INTERMED. Foram relatados qualitativamente e quantitativamente eventos ocorridos durante a aplicação do instrumento que permitem descrever a experiência. **RESULTADOS:** Os pacientes em internação psiquiátrica foram capazes de responder adequadamente ao instrumento, com boa aceitação e obtenção de dados relevantes. Os escores obtidos são compatíveis com os de pacientes internados em serviços terciários. **CONCLUSÃO:** O INTERMED é uma ferramenta possível de ser usada em pacientes psiquiátricos internados, com possíveis benefícios à organização do cuidado.

Palavras-chave: Psiquiatria, Internação psiquiátrica, INTERMED.

Abstract

DORNELLES, T. F. **Experience of INTERMED application in psychiatric patients admitted in psychiatric wards.** 2023. Dissertação. (Mestrado Profissional em Medicina – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

INTRODUCTION: The evaluation of a patient's prognosis, through a biopsychosocial approach has a significant importance to Psychiatry. Considering this specificity of Psychiatry, it is important that reliable instruments are available to ensure a global understand of the patient, as well as the prediction of vulnerabilities and coordination of care. To this function, the INTERMED assessment grid emerges as a possibility.

OBJECTIVES: The aim of this study was to describe the experience of the INTERMED application in psychiatric inpatients in psychiatric wards of HC-FMRP-USP.

METHODS: Fifty psychiatric inpatients were evaluated using INTERMED. Qualitative and quantitative measurements were taken during the application to describe the experience.

RESULTS: Psychiatric inpatients were able to properly answer the instrument, with good acceptance and understanding, leading to a satisfactory data collection. The scores obtained are compatible to those expected of tertiary patients.

CONCLUSION: INTERMED assessment grid is a reliable instrument that can be used in psychiatric inpatients with potential benefits to the coordination of care.

Keywords: Psychiatry, Psychiatric Inpatients, INTERMED.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Metodologia	14
2.1. Setting.....	14
2.2. Técnica Amostral e Recrutamento	14
2.3. Instrumentos	15
2.4. Análise dos dados	16
2.5. Aspectos Éticos	17
3. Resultados	18
3.1. Resultados Quantitativos.....	18
3.2. Resultados qualitativos baseados no diário de campo do avaliador	20
4. Discussão.....	23
5. Conclusão	27
6. Sugestão para trabalhos futuros	28
Referências	29
Apêndices.....	32
Anexo	37

1. Introdução

O prognóstico é um conceito introduzido por Hipócrates de Cós e consiste no objetivo basal da medicina hipocrática, que considerava não existir uma doença e, sim, um indivíduo que adoece. Com o advento da anatomia patológica, a atenção da medicina moderna se voltou para a etiopatogenia e para o diagnóstico anatomopatológico (PAGEL, 1939). Contudo, para a psiquiatria, o princípio do conhecimento clínico não se baseia na definição anatomopatológica, considerando que existem poucos mecanismos etiopatológicos definidos, assim como não há marcadores biológicos confiáveis para o diagnóstico das doenças mentais (KAPUR, 2012). Para uma determinação biológica do diagnóstico, é imprescindível um conceito estável de patologia, o que ainda não se obteve na psiquiatria. Apesar de haver uma sistematização crescente das doenças mentais e constantes revisões dos manuais diagnósticos, sua elaboração ainda é basicamente descritiva com base em percepções e comportamentos observados (KAPUR, 2012). Considerando essa peculiaridade da psiquiatria, sua atenção deve ser direcionada prioritariamente à avaliação prognóstica do paciente (PAULUS, 2017), bem como o tema deveria assumir papel central no ensino e treinamento da psiquiatria (FUSAR-POLLI, 2018).

A avaliação prognóstica deve ser centrada no indivíduo e não na doença, contemplando conceitos de decisão compartilhada em equipe e de medicina centrada na pessoa (STEWART, 2017). Da mesma maneira, os instrumentos utilizados para a avaliação prognóstica devem ser válidos, confiáveis e seus resultados impactar de maneira pragmática as decisões clínicas, o cuidado e os seus subsequentes desfechos (FUSAR-POLI, 2018).

O método INTERMED – INTERMED Complexity Assessment Grid (INTERMED FOUNDATION, 2009) – é um instrumento de entrevista semiestruturado que pode ser aplicado em pacientes independentemente da especialidade médica ou nível de complexidade em que o paciente é atendido. Consiste em perguntas abertas que permitem uma avaliação prática da complexidade biopsicossocial das necessidades de saúde e auxilia o planejamento do cuidado (SIEFEL, 2006).

O instrumento é baseado em uma matriz com dois eixos: o primeiro, composto pelos domínios “biológico”, “psicológico”, “social” e “sistema de saúde”, e o segundo, composto pelos contextos temporais “histórico” (passado), “estado atual” (presente) e “prognóstico/vulnerabilidade” (futuro) (REIGOTA, 2019). Ele tem 20 itens,

cada um podendo ser avaliado e pontuado por meio de 4 pontos de ancoragem clínica (variando entre 0 – sem vulnerabilidade – e 3 – alta vulnerabilidade) claramente descritos (e específicos para cada item). A partir das respostas, calcula-se um escore que varia entre 0 e 60 pontos e que classifica os pacientes entre “sem complexidade” (≤ 20 pontos) e “complexos” (≥ 21 pontos) (Jonge, 2003). Além do uso categórico do dado, classificando o paciente como complexo ou não complexo, o escore INTERMED também pode ser avaliado como variável contínua.

A ferramenta tem a capacidade de identificar vulnerabilidades e riscos nos quatro domínios avaliados e permite, portanto, auxiliar o planejamento do cuidado (KATHOL, 2018), principalmente em relação à minimização de riscos e intervenções preventivas (REIGOTA, 2019). Tal possibilidade oferecida pode agregar à prática psiquiátrica devido à sua capacidade biopsicossocial e centrado na pessoa de avaliar o paciente (Stiefel, 2006).

A ferramenta tem validação internacional; existem estudos no contexto brasileiro, de tradução e adaptação transcultural (WEBER, 2012), e de validação (tanto no contexto hospitalar (GUITIERREZ, 2014) como na Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA, 2022)). Uma característica interessante da ferramenta é que sua aplicação não é específica ou restrita a pacientes psiquiátricos. Portanto, seus resultados podem ser comparados entre pacientes acometidos por diferentes grupos de patologias.

Estudos científicos utilizando o INTERMED em pacientes com transtornos mentais tiveram bons resultados em aferir a necessidade de cuidados complexos, permitindo intervenções breves que diminuiram o custo hospitalar, o número e o tempo de internações psiquiátricas (MELLER, 2015; JONGE, 2000); impactando positivamente na qualidade de vida dos pacientes. Contudo, ainda há pouca disponibilidade na literatura de estudos que utilizem o INTERMED na avaliação e no planejamento de cuidados de pacientes psiquiátricos (REIGOTA, 2019) e nenhum dos existentes foi realizado no Brasil.

O INTERMED, pelas suas possibilidades de avaliação da complexidade das necessidades em saúde e, pelos resultados positivos em estudos prévios com pacientes psiquiátricos, pode ser condizente com as características da prática clínica psiquiátrica, que demanda ferramentas de aferição de resultados, prognóstico e planejamento do cuidado. Por isso, justifica-se o interesse em realizar um estudo utilizando o INTERMED em pacientes internados em enfermarias de psiquiatria. O objetivo do presente estudo é avaliar de forma quantitativa e qualitativa a experiência

da aplicação do instrumento INTERMED, pelo ponto de vista do entrevistador e entrevistado, em pacientes psiquiátricos internados em hospital terciário.

2. Metodologia

O presente estudo é observacional e transversal, além de conter relato de experiência qualitativa sobre a aplicação do INTERMED, do ponto de vista do paciente e do entrevistador.

2.1. Setting

O HC-FMRP conta com duas unidades, sendo uma conhecida como Unidade de Emergências (UE), onde funciona uma das enfermarias psiquiátricas onde foi realizado o estudo, e outra unidade conhecida como HC-Campus, onde funciona a EPIB – Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve. De maneira geral, os pacientes são recebidos via regulação na UE, como pacientes agudos. A depender da necessidade de internação mais prolongada ou dos recursos médicos da outra unidade, os pacientes podem ser transferidos para a EPIB. Contudo, no período em que a pesquisa foi realizada, o HC-FMRP-USP passava por alterações do funcionamento em decorrência da pandemia da COVID-19 e, por isso, ambas as enfermarias funcionavam na mesma unidade, o HC-Campus.

2.2. Técnica Amostral e Recrutamento

Foi realizada uma amostra por conveniência entre os meses de outubro de 2021 a fevereiro de 2022, cujo tamanho amostral foi definido em comparação com outros estudos semelhantes (DE JONGE, 2004; THURBER, 2017) e também baseado no fluxo de pacientes nas unidades em que a pesquisa foi realizada.

Como critério de inclusão, o paciente deveria estar internado na Enfermaria de Psiquiatria da Unidade de Emergências do HC-FMPPR-USP ou na Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve – EPIB – do mesmo hospital e ser maior de 18 anos. Foram excluídos da aplicação do questionário pacientes com prejuízo do juízo crítico da realidade, denotado principalmente por sintomas psicóticos e comportamento desorganizado, ou seja, que não apresentassem capacidade de compreensão da proposta de participação na pesquisa, e que não dispusessem de responsável legal para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A avaliação sobre o juízo crítico da realidade foi determinada pela avaliação do entrevistador e em discussão com a equipe assistente que coordenava a internação no momento da avaliação. Cabe ressaltar que o prejuízo no juízo crítico da realidade não é

contraindicação para aplicação do INTERMED; porém, dentro do contexto de pesquisa clínica, é necessário que o juízo crítico esteja preservado para que o paciente possa consentir.

Para a análise quantitativa de dados, foram excluídos os pacientes que não concluíram suas internações no hospital e na enfermaria em que foi conduzida a pesquisa. Contudo, esses pacientes foram mantidos na análise qualitativa.

2.3. Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos e um diário de campo.

Os pacientes, após assinarem o TCLE, responderam na ordem: 1) INTERMED e 2) questionário de experiência da aplicação, instrumento desenvolvido para a pesquisa, que avaliou por meio de uma escala Likert o entendimento às perguntas do INTERMED, à relevância do instrumento e se a entrevista havia sido a primeira oportunidade em que tais perguntas haviam sido feitas. A escala Likert foi graduada em 5 pontos de avaliação (não totalmente, não parcialmente, indiferente, sim parcialmente e sim totalmente).

O avaliador, após a entrevista com o paciente, respondeu: 1) questionário de aplicação do INTERMED, instrumento quantitativo desenvolvido para a pesquisa, no qual o entrevistador avaliou se o INTERMED havia sido respondido em sua totalidade pelo paciente e indicava o tempo em que a aplicação foi realizada; e 2) questionário sociodemográfico do paciente através de busca no prontuário eletrônico, que avaliou idade, gênero, diagnósticos atribuídos, data da internação e data da aplicação do questionário.

O diário de campo do entrevistador é um registro qualitativo da experiência do avaliador na aplicação do INTERMED, com ênfase nas particularidades de cada entrevistas – manifestadas pelo paciente ou percebidas pelo avaliador – ou nas intercorrências do período de aplicação do questionário. O diário de campo está contido no Anexo I.

Todas as entrevistas foram conduzidas pelo mesmo avaliador. Antes do início da coleta de dados, o avaliador recebeu treinamento específico para a aplicação do INTERMED por meio de reunião virtual, com explicações a respeito de como aplicar o questionário e avaliar as respostas dos pacientes. O treinamento aconteceu em sessão única, realizado por uma das autoras do trabalho, com experiência prévia

na aplicação do INTERMED. Para os registros dos dados colhidos, foi utilizado o aplicativo REDCap (HARRIS, 2009), em uma planilha específica que contabiliza o escore dos pacientes, o tempo de entrevista e que permitiu registros da escala de experiência do paciente. Para o uso do REDCap, o avaliador também recebeu treinamento específico. Antes da aplicação, o paciente recebeu a explicação de que o smartphone seria utilizado para registro de dados usando aplicativo.

2.4. Análise dos dados

Para a avaliação dos resultados encontrados, os pacientes foram divididos de acordo com seu gênero (masculino e feminino), pela hipótese diagnóstica atribuída (transtornos afetivos, transtornos de personalidade, uso de substâncias psicoativas, espectro da esquizofrenia e outros), pela complexidade aferida pelo INTERMED (sendo considerados complexos os pacientes com escore ≥ 21) e pelo período da internação em que a entrevista foi realizada (primeira ou segunda metade da internação). A determinação do período de internação foi realizada a partir da comparação do dia (ordinal) em que a entrevista ocorreu com o tempo total de internação do paciente, sendo um dado aferido individualmente e variando conforme a duração da internação de cada paciente.

Os resultados da análise quantitativa foram descritos por frequência, média e desvio-padrão, considerando as variáveis de idade, escores totais e separados por domínios (biológico, psicológico, sistema de saúde e social), tempo de duração da entrevista, dia da internação em que foi realizada a entrevista e tempo total de duração da internação. As médias dos grupos foram comparadas como amostras independentes e submetidas ao teste T de Student ou U de Mann-Whitney, a depender da análise de normalidade (BENSKEN, 2021). Para efeito estatístico, foi considerado como significativo valor de p menor que 0,05. As análises estatísticas foram conduzidas pelo aplicativo Jamovi (THE JAMOVI PROJECT, 2021) e a tabulação dos dados pelo Microsoft Excel.

Os relatos dos pacientes a respeito da aplicação do instrumento e a percepção do avaliador a respeito da experiência foram registrados em um diário de campo (Anexo X). Os relatos foram realizados de maneira livre, a depender da evolução da apresentação do projeto de pesquisa, aplicação do TCLE, do instrumento e dos demais questionários. As informações obtidas foram tabuladas como

percepções, tanto do paciente quanto do entrevistador, ou como intercorrências, para descrever eventos que influenciaram na entrevista.

2.5. Aspectos Éticos

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e foi aprovado no parecer número 4.999.379.

3. Resultados

3.1. Resultados Quantitativos

Foram entrevistados 50 pacientes, com uma perda amostral para a etapa quantitativa de 12% devido à mudança de hospital ou alta hospitalar antes do término da pesquisa, totalizando 44 pacientes, sendo que 23 (52,3%) eram homens, 34 (77,3%) foram considerados complexos, 23 (52,3%) foram entrevistados na segunda metade da internação e 22 (50%) tiveram diagnóstico de transtornos afetivos, conforme disposto na Tabela 1. Os resultados quantitativos da avaliação do INTERMED para a amostra total e divididos por grupos de hipóteses diagnósticas estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica pacientes internados em hospital psiquiátrico entre outubro de 2021 à fevereiro de 2022

Variável	Frequência	%	
Faixa etária	18 – 30	15	34,1
	31 – 40	13	29,5
	41 – 50	9	20,5
	51 – 60	4	9,1
	>60	3	6,8
Gênero	Mulher	21	47,7
	Homem	23	52,3
Nível de Complexidade**	Não complexo	10	22,7
	Complexo	34	77,3
Hipótese diagnóstica	Espectro da esquizofrenia	11	25,0
	Abuso de substância	3	6,8
	Transtornos afetivos	22	50,0
	Transtornos de personalidade	4	9,1
	Outros	4	9,1
Tempo de internação*	Primeira metade	21	47,7
	Segunda metade	23	52,3

* Baseado no tempo individual de internação

** Baseado na nota de corte do INTERMED = ≤ 20 (não complexo) e ≥ 21 (complexo)

Tabela 2 – Apresentação de resultados qualitativos da amostra geral e por grupos diagnósticos

	Total	Grupos Diagnósticos					
		Espectro da Esquizofrenia	Abuso de substância	Transtornos Afetivos	Transtornos de personalidade	Outros	
<i>N</i>	44	11	3	22	4	4	
Idade	36,84 ($\pm 13,47$)	30,73 ($\pm 11,02$)	44,33 ($\pm 18,90$)	39,14 ($\pm 13,14$)	36,00 ($\pm 11,91$)	36,25 ($\pm 19,32$)	
Tempo de Internação (dias)	14,93 ($\pm 11,71$)	24,91 ($\pm 10,84$)	12,00 ($\pm 8,88$)	12,77 ($\pm 11,58$)	7,00 ($\pm 4,76$)	9,50 ($\pm 5,19$)	
Dia da Entrevista	8,32 ($\pm 8,34$)	16,91 ($\pm 11,09$)	10,33 ($\pm 9,45$)	5,05 ($\pm 4,15$)	5,50 ($\pm 3,69$)	4,00 ($\pm 2,16$)	
Tempo de Entrevista (min)	4,48 ($\pm 1,56$)	4,09 ($\pm 1,04$)	4,00 ($\pm 0,00$)	4,77 ($\pm 1,99$)	3,75 ($\pm 0,50$)	5,00 ($\pm 0,81$)	
INTERMED	Biológico	3,70 ($\pm 4,57$)	3,09 ($\pm 4,61$)	3,33 ($\pm 5,77$)	3,59 ($\pm 4,28$)	2,75 ($\pm 5,5$)	7,25 ($\pm 5,25$)
	Psicológico	10,98 ($\pm 1,76$)	11,00 ($\pm 1,78$)	11,67 ($\pm 1,15$)	10,82 ($\pm 1,79$)	11,00 ($\pm 2,00$)	11,25 ($\pm 2,36$)
	Social	5,73 ($\pm 3,81$)	6,45 ($\pm 2,94$)	8,67 ($\pm 5,50$)	4,59 ($\pm 3,73$)	6,75 ($\pm 4,50$)	6,75 ($\pm 4,27$)
	Sistema de Saúde	7,70 ($\pm 3,86$)	8,09 ($\pm 3,23$)	8,00 ($\pm 5,56$)	7,09 ($\pm 3,91$)	9,50 ($\pm 4,43$)	8,00 ($\pm 4,76$)
	Total	28,11 ($\pm 8,98$)	28,64 ($\pm 7,92$)	31,67 ($\pm 4,50$)	26,09 ($\pm 10,06$)	30,00 ($\pm 10,36$)	33,25 ($\pm 5,73$)

Analisando os dados, percebemos que eles se enquadram nos pré-requisitos para a realização do teste *t* de Student para amostras independentes: 1) normalidade; 2) para as variáveis que não apresentavam homogeneidade utilizamos o teste Welch para compensar o não pré-requisito; e 3) o não aparecimento de outliers). Observamos que dentre o grupo de comparação entre as médias masculino/feminino, as mulheres apresentam pontuação média maior no domínio psicológico do que os homens $t(42) = 2,04$; $p = 0,04$. Para o grupo de comparação nível de complexidade (complexo/não complexo), os pacientes classificados como complexos (≥ 21 pontos) apresentaram média superior em todos os domínios do INTERMED, dando destaque para a média do domínio psicológico ($t(42) = 2,81$; $p < 0,01$), conforme disposto na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise estatística da diferença entre as médias baseado no t de Student

Variável	Média e desvio padrão		Teste t de Student*	p	IC 95%	
	Masculino	Feminino				
INTERMED	Biológico	2,57 ($\pm 3,98$)	4,95 ($\pm 4,93$)	1,77	0,08	-0,08; 1,14
	Psicológico	10,48 ($\pm 1,86$)	11,52 ($\pm 1,50$)	2,04	0,04	-0,01; 1,23
	Social	5,43 ($\pm 3,51$)	6,05 ($\pm 4,18$)	0,52	0,60	-0,43; 0,75
	Sistema de Saúde	6,91 ($\pm 3,13$)	8,57 ($\pm 4,43$)	1,44	0,15	-0,17; 1,03
	Escore	25,39 ($\pm 6,78$)	31,10 ($\pm 10,24$)	2,19	0,03	0,46; 10,94
Idade	34,57 ($\pm 14,57$)	38,00 ($\pm 12,01$)	1,17	0,24	-0,25; 0,95	
Duração da internação	16,57 ($\pm 14,88$)	13,43 ($\pm 7,86$)	0,88	0,38	-0,33; 0,86	
Duração da entrevista	4,81 ($\pm 1,25$)	4,17 ($\pm 1,77$)	1,36	0,18	-0,19; 1,01	
Dia da entrevista	7,52 ($\pm 9,33$)	9,04 ($\pm 7,47$)	-0,59	0,55	-0,77; 0,41	

Variável	Média e desvio padrão		Teste t de Student	p	IC 95%	
	Complexo	Não Complexo				
INTERMED	Biológico	4,74 ($\pm 4,72$)	0,20 ($\pm 0,63$)	3,00	<0,01	0,32; 1,82
	Psicológico	11,35 ($\pm 1,63$)	9,70 ($\pm 1,63$)	2,81	<0,01	0,26; 1,75
	Social	6,62 ($\pm 3,79$)	2,70 ($\pm 1,88$)	3,13	<0,01	0,36; 1,87
	Sistema de Saúde	8,56 ($\pm 3,85$)	4,80 ($\pm 2,09$)	2,94	<0,01	0,32; 1,80
	Escore	31,27 ($\pm 7,62$)	17,40 ($\pm 2,59$)	-5,16	<0,01	-18,8; 8,88
Idade	36,24 ($\pm 13,58$)	38,90 ($\pm 13,58$)	-0,54	0,58	-0,90; 0,51	
Duração da internação	16,21 ($\pm 12,88$)	10,60 ($\pm 4,42$)	1,34	0,18	-0,23; 1,19	
Duração da entrevista	4,62 ($\pm 1,58$)	4,00 ($\pm 1,49$)	1,10	0,27	-0,31; 0,51	
Dia da entrevista	8,91 ($\pm 9,18$)	6,30 ($\pm 4,24$)	0,86	0,31	-0,39; 1,01	

Variável	Média e desvio padrão		Teste t de Student	p	IC 95%	
	Primeira metade da internação*	Segunda metade da internação				
INTERMED	Biológico	5,00 ($\pm 4,79$)	2,52 ($\pm 4,11$)	1,84	0,07	-0,23; 5,19
	Psicológico	11,14 ($\pm 1,77$)	10,83 ($\pm 1,77$)	0,59	0,55	-0,76; 1,40
	Social	5,95 ($\pm 4,39$)	5,52 ($\pm 3,29$)	0,37	0,71	-1,91; 2,78
	Sistema de Saúde	7,48 ($\pm 4,20$)	7,91 ($\pm 3,59$)	-0,37	0,71	-2,81; 1,94
	Escore	29,57 ($\pm 10,07$)	26,78 ($\pm 7,84$)	1,03	0,30	-2,68; 8,25
Idade	34,95 ($\pm 13,95$)	38,57 ($\pm 13,09$)	-0,32	0,38	-11,8; 4,61	
Duração da internação	14,33 ($\pm 12,37$)	15,48 ($\pm 11,33$)	1,77	0,75	-8,35; 6,06	
Duração da entrevista	4,90 ($\pm 1,89$)	4,09 ($\pm 1,08$)	1,12	0,08	0,11; 1,75	
Dia da entrevista	3,81 ($\pm 1,89$)	12,43 ($\pm 9,78$)	-3,97	<0,01	-13,0; -4,2	

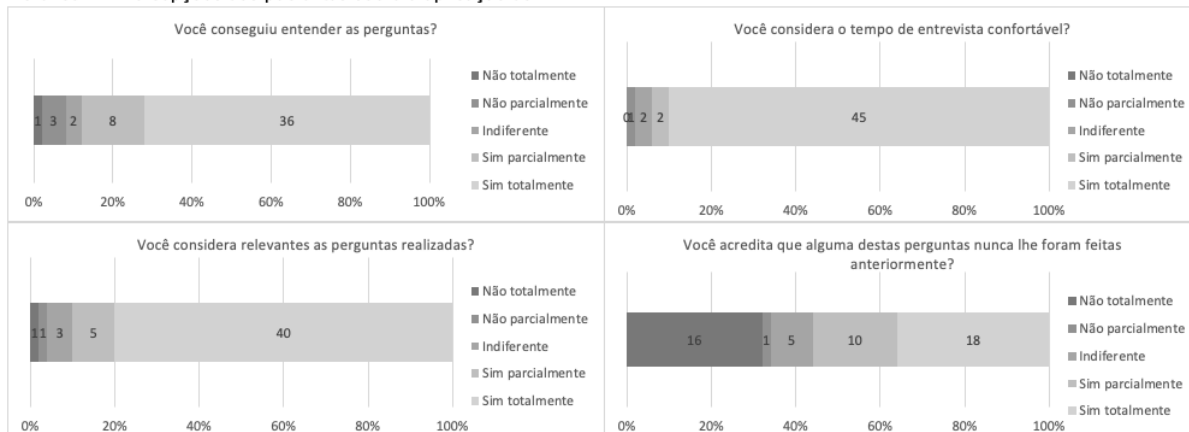
* Baseado no tempo individual de internação

ª Graus de liberdade = 42.

Em relação à aplicabilidade do INTERMED pela perspectiva dos pacientes, 36 (81%) relataram terem compreendido as perguntas em sua totalidade, enquanto 8 (19%) pacientes entenderam-nas em sua maioria. Apenas 4 (9%) pacientes relataram não terem entendido as perguntas total ou parcialmente. A maioria dos pacientes também considerou as perguntas totalmente (80%) ou majoritariamente

(10%) relevantes; além de 56% considerarem que a maioria das perguntas lhes havia sido realizada pela primeira vez durante a aplicação do instrumento. Os dados foram dispostos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Percepções dos pacientes sobre a aplicação do INTERMED.



O tempo de entrevista encontrado em todos os grupos diagnósticos foi bastante semelhante, além de ter sido considerado confortável pela maioria dos pacientes (90%) conforme disposto no Gráfico 1. Não foi encontrada diferença estatística no tempo de entrevistas entre os grupos masculino e feminino, complexos e não complexos e pacientes avaliados nas primeira e segunda metades da internação.

A internação hospitalar teve duração média de 14,93 dias, e a maioria dos pacientes foi entrevistada na segunda metade da internação (n=28), sendo como média o oitavo dia de internação para aplicação do instrumento. A data de alta hospitalar foi obtida posteriormente, para cálculo do tempo de internação. Pacientes cujo término de internação nas enfermarias de psiquiatria se deu por transferência para outras enfermarias do HC-FMRP-RP ou por transferência para outros hospitais não tiveram seu tempo de internação calculado e foram excluídos das análises quantitativas. Não houve diferença entre as médias de duração de internação entre os pacientes masculinos e femininos, complexos e não complexos e entrevistados na primeira ou segunda metade da internação.

3.2. Resultados qualitativos baseados no diário de campo do avaliador

De maneira geral, o instrumento foi aplicado sem intercorrências e com boa aceitação e compreensão dos pacientes. As particularidades dos pacientes

psiquiátricos entrevistados, como persecutoriedade, sintomas psicóticos ou maníacos, por exemplo, influenciou na maneira com que receberam o convite e responderam às perguntas. A aplicação do TCLE, com necessidade de coleta de assinatura, gerou desconfianças em alguns pacientes, assim como o registro das informações em smartphone. Mesmo assim, nenhum paciente se recusou a participar da entrevista por esses motivos. O uso da palavra “instrumento” gerou questionamento em um paciente, que aceitou a resposta recebida.

Comprometimento cognitivo (baixa compreensão textual) e alteração do nível de consciência (sonolência leve ou moderada) foram percebidos em alguns pacientes, sem que isso compromettesse respostas adequadas aos itens. Também foi possível realizar a entrevista em pacientes com agitação psicomotora ou com *insight* baixo, ou seja, com baixa compreensão sobre a própria doença.

Em relação ao domínio biológico, surgiram questões tais como pacientes omitindo causas orgânicas ou diagnósticos de base, com potencial impacto na saúde mental, sobretudo a infecção pelo HIV. A omissão foi verificada em comparação do prontuário médico com as respostas informadas durante a aplicação do INTERMED. Outros pacientes vincularam de maneira expressiva condições médicas gerais como epilepsia e doença renal crônica com impactos negativos à saúde mental. Também foi possível verificar percepções de pacientes a respeito de como a descompensação do quadro psiquiátrico impedia o correto cuidado com outras condições médicas.

Quanto ao domínio psicológico, os pacientes foram mais propensos a falar a respeito, provavelmente por estarem em internação psiquiátrica e serem frequentemente avaliados a respeito desse tema. Vários pacientes apresentavam baixo *insight* sem impacto na aplicação do INTERMED ou no escore. Algumas das questões do domínio psicológico poderiam ser respondidas independentemente da entrevista, dado que os pacientes estavam em internação psiquiátrica em hospital terciário e havia dados disponíveis em prontuário, a hipótese levantada sobre o escore mais elevado no domínio psicológico e o tempo de entrevista pode ser devido ao fato de os pacientes estarem internados em enfermaria psiquiátrica.

Um paciente apresentou escore baixo no INTERMED e em seu relato havia uma apresentação de doença mental sob controle e sem impacto grave na funcionalidade. A atual internação ocorreu pela suspensão da medicação pelo médico anterior, baseado na suposta estabilidade do paciente, fazendo com que o quadro psiquiátrico agudizasse, justificando a internação. O escore baixo do INTERMED foi

qualitativamente comparável a percepção clínica do médico anterior, ainda que o desfecho não tenha sido favorável.

Sobre o domínio de serviço de saúde, alguns pacientes relataram dificuldades no acesso à saúde fora da internação. Questões como o vínculo com as Equipes de Saúde da Família foram levantadas pelos pacientes, de maneiras positivas (garantia de adesão e acompanhamento) ou negativas (recidivas e abandono de tratamento). Um paciente relatou que a falta de suporte do serviço de saúde foi fator determinante para uma nova tentativa de suicídio, algo que deve ser considerado no planejamento de cuidado, por exemplo. Outro paciente relatou dificuldades em tratar múltiplas comorbidades nos serviços de saúde.

A respeito do domínio social, a falta de rede de suporte social foi apontada por alguns pacientes como fator para descompensação, sejam familiares ou laborais. Outros puderam expressar como o quadro psiquiátrico é fator de comprometimento das relações sociais, principalmente em pacientes com quadros de abuso de substância psicoativa ou de desregulação de humor.

Do ponto de vista do examinador, em comparação com a entrevista psiquiátrica sem estruturação, o INTERMED pode fornecer bases para a obtenção das informações, sobretudo levantando dados iniciais que depois podem ser posteriormente averiguados, a depender da necessidade. Considerando o tempo curto em que a entrevista foi realizada e a quantidade de dados levantados, o instrumento mostrou-se interessante para a aplicação em pacientes psiquiátricos, por permitir a sistematização da coleta de vários dados clínicos relevantes para a prática psiquiátrica.

Do ponto de vista dos pacientes, quase a totalidade deles relatou ter compreendido as perguntas, considerando-as relevantes, e considerando o tempo de entrevista confortável. Alguns pacientes relataram que foi a primeira vez que algumas das perguntas lhes foram feitas e que lhes foi permitido conversar, tal a atenção dada por parte do profissional.

Ressalta-se que foram poucos pacientes incluídos que tinham prejuízo do juízo crítico da realidade, dado que tais pacientes não poderiam assinar o TCLE e não dispunham de acompanhantes. Contudo, os pacientes com prejuízo do JCR entrevistados neste estudo conseguiram responder às perguntas de maneira adequada e expressaram terem entendido o instrumento.

4. Discussão

Sobre a aplicabilidade do INTERMED em pacientes psiquiátricos, o tempo para avaliação do INTERMED foi consideravelmente menor neste estudo do que em outros, como o de Oliveira (OLIVEIRA, 2022). Porém, dado que os pacientes já estavam em internação hospitalar terciária, alguns itens puderam ser avaliados mais rapidamente do que no contexto da atenção primária.

O estudo de De Jonge (DE JONGE, 2003), quando comparado ao INTERMED com a escala COMPRI, limitou a aplicação do INTERMED aos três primeiros dias de internação, diferentemente do que aconteceu neste estudo, em que não houve limitação do tempo de internação para inclusão. Contudo, os dados encontrados neste estudo não mostraram diferença significativa entre os escores encontrados nos pacientes que foram entrevistados na primeira nem na segunda metade de suas internações, além de não relatarem maiores dificuldades na compreensão devido a um quadro possivelmente mais agudo, por estarem no início de suas internações psiquiátricas.

Da mesma maneira que Oliveira, (OLIVEIRA, 2022), os pacientes avaliados neste estudo conseguiram compreender as questões do instrumento, independente do grupo diagnóstico e do período da internação em que foram entrevistados. A aplicação precoce do INTERMED seria de importância clínica dada sua capacidade de verificar a necessidade de abordagem de saúde mental e também porque as questões de saúde mental costumam ser negligenciadas, o que pode levar a um maior tempo de internação hospitalar com custos mais altos (KOBYLKO, 2021; DE JONGE, 2004).

O escore INTERMED médio deste estudo foi considerado complexo, diferente do encontrado por (OLIVEIRA, 2022), em pacientes da Atenção Primária à Saúde, mas semelhante ao encontrado por (MELLER, 2015) em pacientes com comorbidades clínicas, psiquiátricas e de abuso de substância. Considerando que os pacientes incluídos neste estudo estão inseridos em um serviço psiquiátrico terciário, os achados são compatíveis com os dos dois estudos citados e corrobora a acurácia do INTERMED em identificar os pacientes terciários como complexos. Setenta e nove por cento dos pacientes foram considerados complexos, diferente do encontrado por de Jonge (DE JONGE, 2004) em pacientes ambulatoriais – novamente uma amostra a qual se espera que seja menos complexa por não demandar internação, como

acontece nos pacientes incluídos neste estudo. Outro estudo (DE JONGE, 2000) sobre o uso do INTERMED em pacientes cirúrgicos, verificou-se que pacientes psiquiátricos tendem a ser mais complexos, o que também foi verificado neste estudo.

Em relação aos domínios do INTERMED, estudos que avaliaram as doenças pelo domínio biológico, como a esclerose múltipla (HOOGERVORST, 2003) e comorbidades clínicas (MELLER, 2015), tiveram nesse domínio uma pontuação mais alta, seguido pelo domínio psicológico. Como as doenças que levaram os pacientes incluídos neste estudo à internação são avaliadas pelo domínio psicológico, esse foi o domínio com maior pontuação, seguido pelo domínio sistema de saúde, com exceção dos pacientes com histórico de uso de substância, que tiveram como segundo maior escore, o domínio social. Fatores sociais como não ser casado, não ter emprego e morar sozinho foram relacionados com desfechos desfavoráveis em pacientes com abuso de substância em outro estudo (BOCKMANN 2019).

Os estudos de revisão sistemática (KOBYLKO, 2021) e realizados por de Jonge (DE JONGE, 2000) verificaram que pacientes psiquiátricos têm maior uso dos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior gasto, o que pode explicar ou embasar o fato de que o relacionamento dos pacientes com o serviço de saúde levasse tal domínio à segunda maior pontuação. Na análise qualitativa, o tema do relacionamento com o serviço de saúde foi trazido como fator de risco ou proteção à descompensação de quadro psiquiátrico. A relação do paciente psiquiátrico com o serviço de saúde extra-hospitalar foi descrita como fator de risco para readmissão hospitalar em uma análise realizada no Brasil (SILVA, 2009).

Para os pacientes com história de uso de substância, o escore social teve a segunda maior pontuação, denotando uma característica diferente desse grupo evidenciada pela aplicação do INTERMED. Esse achado deve ser motivo de preocupação clínica, dado que a adaptação das condutas de acordo com a realidade do paciente garante melhor efetividade das práticas biomédicas, além de que o cuidado a longo prazo é em geral dependente de suporte social (MITCHELL, 2022).

Na análise dos dados qualitativos, vários pacientes relataram que o quadro psiquiátrico era fator de descompensação de quadros clínicos ou de não adesão ao tratamento médico, assim como encontrado por Stiefel (STIEFEL, 2008) em avaliação de pacientes reumatológicos. Outros pacientes relataram que as suas condições clínicas, como por exemplo, a infecção pelo HIV, eram fatores de descompensação de transtornos mentais. A revisão sistemática de Kobylko (KOBYLKO, 2021)

encontrou dados que indicam serem as intervenções psicossociais frequentemente negligenciadas e nos dados encontrados, assim como nos de um caso descrito por Latour (LATOURE, 2007), o INTERMED foi capaz de identificar de maneira concisa a necessidade de avaliação psicossocial em pacientes com múltiplas doenças. Contudo, como no caso clínico descrito por Latour, e no caso do paciente com reagudização da doença psiquiátrica com escore psicológico baixo avaliado nesse estudo, o escore INTERMED não deve ser utilizado de maneira isolada, mas como método complementar.

De maneira geral, os pacientes declaram-se satisfeitos e confortáveis em responder ao INTERMED, como descrito anteriormente por Oliveira (OLIVEIRA, 2022). Uma questão a ser respondida era se pacientes psiquiátricos agudos seriam capazes de responder adequadamente ao instrumento, e isso se mostrou possível pela presente experiência. Tal achado é importante, dado que pacientes agudos em geral estão no início de suas internações. O estudo de Kishi (KISHI, 2004) já havia verificado a possibilidade do INTERMED orientar condutas já no início da internação, o que poderia ser benéfico, visto que Kishi também verificou que o atraso nas avaliações psiquiátricas pode levar a internações mais prolongadas.

O INTERMED também foi capaz de sistematizar a coleta de diversas informações relevantes ao tratamento em curto espaço de tempo, corroborando a descrição de Latour de que o INTERMED pode ser um método complementar, rápido e conciso que permite identificar necessidade de avaliação ou intervenção psiquiátrica.

Também é importante destacar que pacientes relataram que a aplicação do INTERMED foi a primeira oportunidade em que os pacientes puderam fornecer informações relevantes a respeito de suas vidas. Considerando que o paciente é o principal conhecedor de si mesmo, como descrito por Mitchell (MITCHELL, 2022), o INTERMED foi uma oportunidade ímpar de estabelecimento de relação médico-paciente para tais pacientes.

Esse estudo teve limitações por ter sua coleta de dados em um momento de restrições em decorrência da pandemia de COVID-19. A frequência de visitas aos pacientes internados foi limitada, e por consequência também foi limitada a participação de responsáveis disponíveis na assinatura do TCLE. Por isso, poucos pacientes com juízo crítico prejudicado puderam ser incluídos na pesquisa. O presente estudo tem amostra consideravelmente menor que outros de avaliação do

INTERMED, porém permitiu verificar que a aplicação do instrumento pode ser feita em pacientes psiquiátricos terciários e com obtenção de dados clínicos relevantes.

5. Conclusão

A aplicação do INTERMED demonstrou-se possível de ser realizada em pacientes psiquiátricos com boa aceitação por parte tanto dos pacientes quanto do entrevistador. O instrumento permitiu a coleta de dados relevantes, de maneira estruturada e rápida, com potencial impacto direto nas decisões clínicas.

O sucesso da presente experiência de aplicação leva à formulação da hipótese de que o INTERMED pode ser um instrumento com capacidade de prover benefícios no cuidado psiquiátrico, tanto do ponto de vista dos serviços de saúde, pela organização do cuidado e redução de custos e tempo de internação, quanto do ponto de vista do paciente, pela sistematização da coleta de informações e melhor programação dos cuidados imediatos e de longo prazo.

6. Sugestão para trabalhos futuros

Dada a possibilidade de aplicação do INTEREMED em pacientes psiquiátricos, surge a hipótese da aplicação e testagem dos resultados práticos dessa aplicação por meio de um estudo comparando demandas previstas pelo INTERMED, tomada de condutas pela equipe assistente e desfechos na internação do paciente, como tempo de internação, reabilitação e taxas de reinternação.

Referências ¹

BENSKEN, W. P.; HO, V. P.; PIERACCI, F. M. Basic Introduction to Statistics in Medicine, Part 2: Comparing Data. **Surgical infections**, v. 22, n. 6, p. 597–603, 2021.

BÖCKMANN, V.; LAY, B.; SEIFRITZ, E.; KAWOHL, W.; ROSER, P.; HABERMEYER, B. Patient-Level Predictors of Psychiatric Readmission in Substance Use Disorders. **Frontiers in psychiatry**, v. 10, p. 828, 2019.

DE JONGE, P.; BAUER, I.; HUYSE, F. J.; LATOUR, C. H. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. **Psychosomatic medicine**, v. 65, v. 4, p. 534–541, 2003.

DE JONGE, P.; HOOGERVORST, E. L.; HUYSE, F. J.; POLMAN, C. H. INTERMED: a measure of biopsychosocial case complexity: one year stability in Multiple Sclerosis patients. **General hospital psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 147–152, 2004.

DE JONGE, P.; HUYSE, F. J.; RUINEMANS, G. M.; STIEFEL, F. C.; LYONS, J. S.; SLAETS, J. P. Timing of psychiatric consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. **Psychosomatics**, v. 41, n. 6, p. 505–511, 2000.

FUSAR-POLI, P.; HIJAZI, Z.; STAHL, D.; STEYERBERG, E. W. The Science of Prognosis in Psychiatry: A Review. **JAMA psychiatry**, v. 75 n. 12, p. 1289–1297, 2018.

GUTIERREZ, B.A.O.; SILVA, H.S.; SHIMIZU, H. E.. Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 427-433, 2014.

HARRIS, P. A.; TAYLOR, R.; THIELKE, R.; PAYNE, J.; GONZALEZ, N.; CONDE, J. G. Research electronic data capture (REDCap) – a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of biomedical informatics**, v. 42, n. 2, p. 377–381, 2009.

HOOGERVORST, E. L.; DE JONGE, P.; JELLES, B.; HUYSE, F. J.; HEERES, I.; VAN DER PLOEG, H. M.; UITDEHAAG, B. M.; POLMAN, C. H. The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v. 74, n. 1, p. 20–24, 2003.

INTERMED FOUNDATION. **INTERMED Complexity Assessment Grid**, versão 6, 2009.

KAPUR, S.; PHILLIPS, A. G.; INSEL, T. R. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? **Molecular psychiatry**, vol. 17, n. 12, p. 1174–1179, 2002.

KATHOL, R.G.; ANDREW, R. L.; SQUIRE, M.; DEHNEL, P. **The Integrated Case Management Manual: Value-Based Assistance to Complex Medical and Behavioral Health Patients**. Springer International Publishing, 2018.

KISHI, Y.; MELLER, W. H.; KATHOL, R. G.; SWIGART, S. E. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. **Psychosomatics**, v. 45, n. 6, p. 470–476, 2004.

KOBYLKO, A.; RYMASZEWSKA, J. E.; RYMASZEWSKA, J.; SZCZEŚNIAK, D. Clinical complexity - where to find it and how to use it. **Psychiatria polska**, v. 55, n. 6, p. 1449–1471, 2021.

LATOUR, C. H.; HUYSE, F. J.; DE VOS, R.; STALMAN, W. A. A method to provide integrated care for complex medically ill patients: the INTERMED. **Nursing & health sciences**, v. 9, n. 2, p. 150–157, 2007.

MELLER, W.; SPECKER, S.; SCHULTZ, P.; KISHI, Y.; THURBER, S.; KATHOL, R. 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: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists**, v. 27, v. 1, p. 38–43, 2015.

MITCHELL, P.; CRIBB, A.; ENTWISTLE, V. Vagueness and variety in person-centred care. **Wellcome open research**, v. 7, p. 170. 2022.

OLIVEIRA, C. A.; WEBER, B.; DOS SANTOS, J. L. F.; ZUCOLOTO, M. L.; DE CAMARGO, L. L.; ZANETTI, A. C. G.; RZEWUSKA, M.; AZEVEDO-MARQUES, J. M. Health complexity assessment in primary care: A validity and feasibility study of the INTERMED tool. **PloS one**, n. 17, v. 2, 2022.

PAGEL, W. Prognosis and Diagnosis: A Comparison of Ancient and Modern Medicine. **Journal of the Warburg Institute**, v. 2, n. 4, p. 382–398, 1939.

PAULUS, M. P. Evidence-Based Pragmatic Psychiatry-A Call to Action. **JAMA psychiatry**, v. 74, n. 12, p. 1185–1186, 2018.

REIGOTA, S. M.; AZEVEDO-MARQUES, J. M. de; OLIVEIRA, C. A. de; CAMARGO, L. L. de; ZANETTI, A. C. G. Método INTERMED para pacientes com transtornos mentais: revisão integrativa da literatura. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 52, n. 2, p. 136-143, 2019.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: Veredas**. 22ª edição, Companhia das Letras, 2019.

SILVA, N. C.; BASSANI, D. G.; PALAZZO, L. S. A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. **Psychiatric services**, v. 60, n. 6, p. 786–791, 2009.

STEWART, M; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. Artmed, 3ª ed, 2017.

STIEFEL, F. C.; HUYSE, F. J.; SÖLLNER, W.; SLAETS, J. P.; LYONS, J. S.; LATOUR, C. H.; VAN DER WAL, N.; DE JONGE, P. Operationalizing integrated care on a clinical

level: the INTERMED project. **The medical clinics of North America**, v. 90, n. 4, p. 713–758, 2006.

STIEFEL, F.; ZDROJEWSKI, C.; BEL HADJ, F.; BOFFA, D.; DOROGI, Y.; SO, A., RUIZ, J.; DE JONGE, P. 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.

THE JAMOVI PROJECT. **Jamovi**, versão 2.2, 2021.

THURBER, S.; WILSON, A.; REALMUTO, G.; SPECKER, S. The relationship between the INTERMED patient complexity instrument and Level of Care Utilisation System (LOCUS). **International journal of psychiatry in clinical practice**, v. 22, n. 1, p. 80–82, 2018.

WEBER, B et al. Tradução e adaptação transcultural do Interdisciplinary Medicine Instrument (INTERMED): método de avaliação biopsicossocial no Brasil. **RAHIS: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, n. 9, p. 87-98, 2012.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

Apêndices

1. Questionários

Questionário sócio-demográfico (coletados do prontuário médico HC-FMRP-USP):

- Nome
- Registro HC
- Data de nascimento
- Idade
- Hipótese diagnóstica atribuída
- Sexo

Questionário de aplicação do INTERMED – pesquisador

- Foi possível realizar a aplicação do instrumento completamente? (sim/não)
- Tempo de aplicação do questionário (calculado pelo REDCap)

Questionário de viabilidade – paciente (aplicado após o INTERMED)

(Respostas em Escala de Likert – discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente, concordo totalmente)

Em relação ao instrumento:

- Você conseguiu entender as perguntas?
- Você considera o tempo de entrevista confortável?
- Você considera relevantes as perguntas realizadas em geral?
- Você acredita que alguma dessas perguntas nunca lhe foram feitas anteriormente?

2. Diário de Campo do Avaliador

Grupo diagnóstico	Idade	Percepções	Intercorrências
Abuso de SPA	51	Bom vínculo com estratégia de saúde da família (ESF).	Sem particularidades (SP)
	23	Paciente diz que é a primeira vez que conversam com ele dessa maneira.	Respostas concretas ao instrumento, como “morando no hospital agora”.
	59	Pedido de internação voluntária por etilismo. Sem moradia fixa (invasão).	SP
Espectro da esquizofrenia	22	SP	Associação de pensamento afrouxada dificultou compreensão de questões.
	34	SP	SP
	53	SP	Responsável assina Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
	46	Paciente desconfiada quanto à validade do instrumento. Responde adequadamente e aceita explicações.	SP
	21	Baixo <i>insight</i> não prejudicou resposta.	SP
	34	Satisfeito com a rapidez do questionário.	Persecutório com TCLE e registo em smartphone.
	34	SP	SP
	31	SP	Paciente sonolenta, conseguiu responder.
	21	Paciente muito colaborativa por ter visto outro paciente respondendo.	SP
	21	Quadro psiquiátrico impedindo adesão ao tratamento de anemia falciforme.	SP
	21	Escore complexo, porém paciente desconhece motivo da internação.	Insight baixo não prejudicou respostas.
	28	<i>Insight</i> baixo.	SP
Transtornos afetivos	24	SP	Precisou de mais explicações sobre o que é “instrumento”.

52	SP	Paciente omitiu dados de hipótese diagnóstica do domínio biológico.
25	Acompanhante ficou mais desconfiada que o paciente.	Dificuldade com perguntas do domínio “serviço de saúde”.
45	Baixo suporte social e acesso ruim ao serviço de saúde.	Omitiu hipótese diagnóstica.
47	Bom vínculo com ESF.	SP
67	SP	SP
38	Doença física com impacto na saúde mental.	SP
34	Suporte social ruim impactando na saúde mental.	SP
21	Baixo <i>insight</i> não prejudicou resposta.	SP
40	SP	SP
70	Paciente com pouca instrução, porém conseguiu responder mesmo assim.	SP
44	SP	SP
25	SP	SP
31	Paciente com escore baixo, compatível com história clínica. Médico suspendeu medicações e paciente descompensou transtorno afetivo bipolar.	SP
27	Comprometimento cognitivo não impediu respostas.	SP
43	SP	Paciente suspeita do TCLE, fica andando durante a entrevista, responde adequadamente.
31	SP	SP
37	Paciente faz desenhos para explicar as respostas e quer fazer perguntas.	Apesar da agitação, conseguiu responder adequadamente.
49	Paciente percebe má adesão como motivo da reinternação.	SP
53	Paciente delirante a respeito do motivo da internação.	SP

	44	Vínculo ruim com rede de saúde e tentativa de suicídio.	SP
	21	Várias doenças crônicas.	SP
	38	Paciente muito prolixa, responde grande parte do questionário com uma pergunta apenas.	SP
	24	Não faz contato visual.	SP
	39	Paciente percebe problemas no trabalho como estressores psicológicos.	SP
	34	HIV impactando na saúde mental e acesso ao serviço, tem vergonha de contar.	SP
	25	SP	Maníaco, responde muito rápido.
Transtornos de Personalidade	32	Paciente interessada na utilidade do instrumento, voluntariou-se para explicar a outros pacientes.	SP
	44	SP	Paciente pergunta se há transação financeira envolvida.
	21	Falta de suporte social impactando no tratamento, com boa captação pelo instrumento.	SP
	47	Paciente já participou de outras pesquisas.	SP
	30	SP	Dificuldade para entender questões.
Outro	24	SP	Paciente com sequela grave de trauma crânio-encefálico.
	26	Paciente percebe impacto do domínio biológico no psicológico por ter epilepsia com consequência psiquiátrica.	SP
	65	Paciente com rede de saúde insuficiente, múltiplas comorbidades e investigação de outras condições médicas.	SP

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: “EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DO INTERMED EM PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA”.

O INTERMED é um instrumento composto por uma série de perguntas que avaliam diferentes componentes da sua vida e da sua história clínica. Com ele, conseguimos organizar e planejar um melhor tratamento para você. Por isso, é importante testar o uso deste instrumento com pacientes internados nas enfermarias de psiquiatria do HC-FMRP-USP.

Você será avaliado(a) apenas uma vez. Primeiro, será aplicado o instrumento INTERMED e, depois, lhe serão feitas perguntas a respeito da sua experiência. Após, serão feitas anotações sobre a experiência do avaliador. Dessa maneira, pretendemos verificar se é possível e válido aplicar o INTERMED para os pacientes internados. Os registros serão feitos utilizando um aplicativo para smartphone chamado REDCap, próprio para essa finalidade e com os devidos padrões de segurança.

Sua experiência com a aplicação é relevante para nossa pesquisa e para o serviço de Psiquiatria deste hospital, sendo um benefício indireto da sua participação. Reforçamos que a participação na pesquisa não lhe trará benefício direto.

A sua participação é voluntária, e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízo ao seu tratamento médico. Não haverá qualquer custo pela sua participação. Para você, o risco dessa pesquisa é mínimo, como, por exemplo, eventual constrangimento durante a entrevista. Em relação aos seus dados, há o risco de perda de sigilo quanto às informações da pesquisa, porém serão tomadas todas as medidas para reduzir esse risco, como, por exemplo, o uso do aplicativo para coleta de dados. Seus dados são tratados com respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou outro dado que identifique suas respostas não serão incluídos na produção científica que decorrerá desta pesquisa.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato pelo e-mail tarcsiodornelles@usp.br ou pelo telefone (16) 98250-2854. Para esclarecimento de questões éticas, poderá se dirigir ao CEP – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – pelo telefone (16) 3602-2228. Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionar pesquisas em seres humanos que estão sendo feitos na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos que se voluntariam a participar de uma pesquisa. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, quando tiver dúvidas. Caso se recuse a participar ou deseje interromper a participação a qualquer momento, você é livre para tanto e poderá nos informar a decisão por meio dos contatos listados acima. Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, se assim desejar.

Uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada com os pesquisadores, e outra será fornecida a você. O estudo poderá ser interrompido mediante decisão do Comitê de Ética ou ainda para proteção do paciente.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados para os fins específicos do protocolo de pesquisa e conforme o consentimento do(a) paciente. Também é garantido ao(à) participante a indenização de acordo com os casos previstos em lei.

Ciente e devidamente esclarecido(a), **aceito** participar da pesquisa.

Anexo – INTERMED Assesment Grid

Questões direcionadoras (1-18) do INTERMED – entrevista

Introdução

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

Considere se o paciente é capaz de ser entrevistado.

1. Eu vou lhe contar o que sei sobre a razão de seu encaminhamento e seu estado físico atual. Você deve me corrigir quando eu estiver errado. (gravidade de sintomas/comprometimento, desafio diagnóstico/terapêutica, cronicidade)
2. Agora eu gostaria de saber como você se sente fisicamente. Sua condição física tem impacto na sua atividade de vida diária? (gravidade de sintomas/comprometimento)
3. Agora que você me informou como 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 que você teve nos últimos 5 anos? Estas queixas não foram solucionadas? Atualmente, estas queixas estão sendo investigadas? (dilema no diagnóstico)
5. Quem têm sido os profissionais que estão cuidando de você? Eles trabalham todos na mesma instituição e há cooperação 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. Eu gostaria de saber se você tem um bom sistema de saúde. Você já teve problemas com seu sistema de saúde? A distância das instituições onde você é tratado é apropriada ou você perdeu consultas devido à distância? (acesso ao cuidado)
9. Até onde é de meu conhecimento, você pode ter uma formação cultural diferente. Os profissionais que cuidam de você levam isso em consideração? Há problemas de comunicação devido a problemas de linguagem? O senhor tem algum hábito diferente que é importante para o senhor e que não está sendo respeitado? (acesso ao cuidado)

10. 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? (problemas relacionados ao trabalho e lazer)
11. Você é uma pessoa que consegue ter lazer? O que você faz para ter distração? Você tem passatempos? (problemas relacionados ao trabalho e lazer)
12. Você pode me contar como vive atualmente? E no caso de doença, há alguém com quem você possa contar? (condições no domicílio, rede de apoio social precária)
13. 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)
14. Eu gostaria de perguntar sobre sua dependência de tabaco e bebida e a relação destes com seus problemas atuais. Você usa analgésicos? Você as vezes se preocupa em usá-los em excesso? (barreiras de enfrentamento)
15. 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)
16. Agora, eu gostaria de saber como você se sentiu emocionalmente durante a última semana. Quero dizer: tenso, ansioso, desanimado ou esquecido? (sintomas psiquiátricos)
17. Você já se consultou com um psiquiatra alguma vez na sua vida ou houve períodos em que esteve ansioso, deprimido ou confuso? (disfunção psiquiátrica)
18. Finalmente, gostaria de saber se 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.

Variáveis e pontos clínicos de apoio

Domínio Biológico

Cronicidade (HB1 – Histórico)

0. Menos que 3 meses de disfunção física
1. Mais que três 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)

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)

0. Sem sintomas ou sintomas reversíveis sem esforços médicos intensivos

1. Sintomas leves, mas significativos, que não interferem na funcionalidade atual
2. Sintomas moderados e graves, que interferem na funcionalidade atual
3. Sintomas graves que levam à incapacidade de realizar quaisquer atividades funcionais

Desafio diagnóstico/tratamento (CB2 – estado atual)

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 ou origem física e tratá-la de forma esperada
 3. Dificuldade para diagnosticar ou tratar, outros problemas além de causas físicas interferindo no diagnóstico e no processo terapêutico

Complicações e ameaças à vida (VB – vulnerabilidades)

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

Domínio Psicológico

Barreiras de enfrentamento (HP1 – histórico)

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 impactos sérios 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)

0. Nenhuma
1. Disfunção psiquiátrica sem efeitos claros na funcionalidade diária
2. Disfunção psiquiátrica com efeitos claros na funcionalidade diária
3. Hospitalização psiquiátrica e/ou efeitos permanentes na funcionalidade diária

Resistência ao tratamento (CP1 – estado atual)

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)

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 autoagressividade, delirium, psicose ou mania.

Ameaça à saúde mental (VP – vulnerabilidades)

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

Domínio Social

Problemas relacionados ao trabalho e lazer (HS1 – histórico)

0. Trabalho/ocupação, incluindo serviço doméstico, aposentadoria e estudo, com atividades de lazer
1. Trabalho/ocupação, incluindo serviço doméstico, aposentadoria e estudo, 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)

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)

0. Domicílio estável, totalmente capaz de viver independentemente
1. Domicílio estável com ajuda de outros, por exemplo, familiar, 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)

0. Suporte prontamente disponível de amigos, familiares ou conhecidos, tais como colegas de trabalho, em todos os momentos

1. Suporte prontamente disponível de amigos, familiares ou conhecidos, tais como colegas de trabalho, porém inconstante
2. Suporte limitado de amigos, familiares ou conhecidos, tais como colegas de trabalho
3. Sem nenhum suporte de amigos, familiares ou conhecidos, tais como colegas de trabalho

Vulnerabilidade social (VS – vulnerabilidades)

0. Sem riscos de mudança 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 ou institucionalização no futuro previsível
3. Necessidade imediata de admissão temporária ou permanente em instituição

Domínio Sistema de Saúde

Acesso ao cuidado (HHS1 – histórico)

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

Experiência do tratamento (HHS2 – histórico)

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 estável 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)

0. Somente atenção primária à saúde
1. Serviços especializados no cuidado geral de saúde ou saúde mental e cuidado ao transtorno de uso de substância
2. Ambos, cuidado geral da saúde e serviços de cuidado de saúde mental ou de uso de substância
3. Hospitalização ou transferência do paciente, que se qualifica em cuidado ambulatorial no nível secundário

Coordenação do cuidado (CHS2 – estado atual)

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 ou de uso de substâncias

2. Comunicação precária e coordenação do cuidado entre 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 Serviço de Saúde (VHS – vulnerabilidades)

0. Desconhecidos
0. Sem risco de impedimentos para coordenar cuidado física e de saúde mental ou transtorno de uso de substâncias
1. Risco leve de impedimentos ao cuidado, por exemplo, restrições do sistema de saúde, acesso distante ao serviço, comunicação limitada com os profissionais ou coordenação do cuidado
2. Risco moderado de impedimentos ao cuidado, por exemplo, potencial perda do sistema de saúde, profissionais inconsistentes, barreiras de comunicação
3. Risco elevado de impedimentos ao cuidado, por exemplo, pouco ou nenhum acesso ao sistema de saúde, resistência à comunicação e coordenação entre os profissionais