UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LISA LAREDO DE CAMARGO

Aplicabilidade do instrumento INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde da atenção primária à saúde

RIBEIRÃO PRETO
2021

LISA LAREDO DE CAMARGO

Aplicabilidade do instrumento INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde da atenção primária à saúde

VERSÃO ORIGINAL

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Promoção de Saúde Mental
Orientador: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Co-orientador: João Mazzoncini de Azevedo Marques

RIBEIRÃO PRETO
2021

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.

Camargo, Lisa Laredo de
Aplicabilidade do instrumento INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde da atenção primária à saúde
. Ribeirão Preto, 2021.

102 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências
Orientador: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Co-orientador: João Mazzoncini de Azevedo Marques

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Gerenciamento de Caso. 3. Assistência Integral à Saúde.

Nome: Lisa Laredo de Camargo

Título: Aplicabilidade do instrumento INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde da atenção primária à saúde

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição:_____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição:_____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição:_____
Julgamento: _____

Agradecimentos

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”.

À Professora Doutora Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, que esteve ao meu lado em todos os momentos da minha trajetória, me orientando e incentivando a continuar, mesmo nos momentos mais difíceis desta trajetória.

Ao meu coorientador Professor Doutor João Mazzonccini de Azevedo Marques, que abriu as portas para que eu pudesse conhecer melhor o INTERMED.

À Doutora Magdalena Rzewuska, que iluminou e auxiliou na busca e aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de dados e melhoria do método de pesquisa.

A todas as Equipes de Saúde, em particular seus gestores: Professora Doutora Janise Braga Barros Ferreira, Professor Doutor Amaury Lellis Dal Fabbro e Doutor Anderson Soares da Silva, por apoiar a iniciativa do projeto, permitindo que ele ocorresse dentro de suas instalações com auxílios dos profissionais.

RESUMO

Camargo, Lisa Laredo de. Aplicabilidade do instrumento INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde da atenção primária à saúde. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: Os serviços da atenção primária à saúde (APS) são considerados pilares importantes para a construção de novos modelos de atenção em saúde. O conhecimento sobre utilização de instrumentos que auxiliem os profissionais de saúde da APS na identificação das necessidades biopsicossociais dos usuários considerando seu nível de complexidade e sua utilidade na elaboração do Projeto Singular Terapêutico (PTS) é limitado, e as dimensões do sistema de saúde. Nessa direção, o instrumento INTERMED ao possibilitar a classificação da complexidade biopsicossocial de pacientes em diversos níveis de assistência, o entendimento de suas necessidades e atuar na melhora da comunicação entre os profissionais apresenta-se como um recurso importante a ser explorado. **Objetivo: A**valiar a aplicabilidade do INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do PTS de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde que atuam em serviços da APS. **Método:** Estudo descritivo, exploratório desenvolvido em três serviços de APS do município de Ribeirão Preto - SP com os profissionais que atuam na linha de frente de cuidado da população atendida. O estudo percorreu quatro etapas: treinamento dos pesquisadores, treinamento dos profissionais de saúde, elaboração dos instrumentos de coleta de dados e coleta de dados. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos e quatro casos clínicos fictícios elaborados pelos pesquisadores, que foram enviados aos participantes a partir da elaboração de um *Survey* público utilizando o REDCap, disponibilizado por email. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. As respostas das questões abertas foram agrupadas considerando as semelhanças e inseridas em categorias. **Resultados:** 57 profissionais de saúde participaram do treinamento do INTERMED e oito responderam aos instrumentos de coleta de dados. A maioria informou ter obtido uma compreensão parcial do INTERMED, indicando necessidade de mais treinamento. Todos os profissionais acreditam que o INTERMED pode ser incluído na rotina da APS. Por outro lado, 62.5% informaram acreditar que o instrumento não possibilite a aquisição de novas informações sobre os pacientes. A maioria dos participantes identificou corretamento o nível de complexidade dos casos clínicos fictícios avaliados. Em relação a pontuação das variáveis dos domínios do INTERMED, as do domínio social obtiveram o maior número total de acertos. A maioria dos profissionais foi capaz de triar os casos fictícios como complexos e elegíveis para a confecção do PTS. Os itens

selecionados para elaboração do PTS, em quase sua totalidade, foram semelhantes aos determinados pelos pesquisadores. **Conclusão:** Os resultados evidenciaram que o INTERMED pode ser um recurso interessante para utilização na rotina dos serviços de APS, para a classificação do nível de complexidade dos pacientes considerando o contexto biopsicossocial e para a elaboração do PTS dos usuários. Porém, o treinamento para sua aplicação deve ser aprimorado e mais estudos devem ser conduzidos envolvendo a sua utilização no contexto da APS e na construção do PTS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral àSaúde.

ABSTRACT

Camargo, Lisa Laredo de. Preparation of the Singular Therapeutic Project using INTERMED as an auxiliary instrument: training and applicability of the instrument in the classification of care. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Primary health care (PHC) services are considered important pillars for the construction of new health care models. The knowledge about the use of instruments that help PHC health professionals in identifying the biopsychosocial needs of users, considering their level of complexity and their usefulness in the elaboration of the Singular Therapeutic Project (STP) is limited. In this sense, the INTERMED instrument, by enabling the classification of the biopsychosocial complexity of patients at different levels of care, the understanding of their needs and act to improve communication between professionals presents itself as an important resource to be explored. **Objective:** To evaluate the applicability of INTERMED in the classification of the level of complexity and in the elaboration of the STP of fictitious clinical cases by health professionals working in PHC services. **Method:** Descriptive, exploratory study developed in three PHC services in the city of Ribeirão Preto - SP with professionals who work in the front line of care for the population served. The study has four stages: researchers training, health professionals training, developing of data collection instruments and data collection. For data collection, were used three instruments and four fictitious cases which were sent to participants based on the preparation of a public Survey using REDCap, made available by email. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. **Results:** 57 health professionals attended the INTERMED training and 8 answered to the data collection instruments. Most participants declared a partial understanding of INTERMED, which indicates needs of more training. All professionals reported that INTERMED can be included in the PHC routine. On the other hand, 62.5% reported that the instrument does not allow the acquisition of new information about patients. Most participants correctly identified the level of complexity of the clinical cases. Regarding the scores of variables in the INTERMED domains, those in the social domain had the highest total number of correct answers. Most professionals were able to screen the fictitious cases as complex and eligible for the preparation of the STP. The items selected for the preparation of the STP in almost its entirety, were similar to those determined by the researchers. **Conclusion:** The results showed that INTERMED can be an interesting resource to be used in the routine of PHC services, to classify the level of complexity of patients considering the biopsychosocial context and to elaborate the STP of users. However, training

for its application must be improved and more studies must be conducted involving its use in the context of PHC and in the developing of the STP.

Keywords: Primary Health Care; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Camargo, Lisa Laredo de. Aplicabilidad del instrumento INTERMED en la clasificación del nivel de complejidad y en la elaboración del Proyecto Terapéutico Singular de casos clínicos ficticios por profesionales de la salud en atención primaria de salud. 2021. Disertación (Maestría en Enfermería Psiquiátrica) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto / USP. Ribeirão Preto, 2021.

Introducción: Los servicios de atención primaria de salud (APS) se consideran pilares importantes para la construcción de nuevos modelos de atención en salud. El conocimiento sobre el uso de instrumentos que ayuden a los profesionales de la salud de la APS en la identificación de las necesidades biopsicosociales de los usuarios, considerando su nivel de complejidad y su utilidad en la elaboración del Proyecto Terapéutico Singular (PTS) es limitado. En este sentido, el instrumento INTERMED, al posibilitar la clasificación de la complejidad biopsicosocial de los pacientes en los diferentes niveles de atención, comprender sus necesidades y actuar para mejorar la comunicación entre profesionales, se presenta como un recurso importante a explorar.
Objetivo: Evaluar la aplicabilidad de INTERMED en la clasificación del nivel de complejidad y en la elaboración del PTS de casos clínicos ficticios por profesionales de la salud que laboran en los servicios de APS. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio desarrollado en tres servicios de APS de la ciudad de Ribeirão Preto - SP con profesionales que trabajan en primera línea de atención a la población atendida. El estudio abarcó cuatro etapas: formación de investigadores, formación de profesionales de la salud, elaboración de instrumentos de recolección de datos y recolección de datos. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos y cuatro casos clínicos ficticios elaborados por los investigadores, los cuales fueron enviados a los participantes a partir de la elaboración de una Encuesta pública utilizando REDCap, disponible por correo electrónico. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. Las respuestas a las preguntas abiertas se agruparon considerando las similitudes y se insertaron en categorías.
Resultados: 57 profesionales de la salud participaron en la capacitación INTERMED y ocho respondieron a los instrumentos de recolección de datos. La mayoría informó haber obtenido una comprensión parcial de INTERMED, lo que indica la necesidad de una mayor formación. Todos los profesionales creen que INTEMED puede incluirse en la rutina de la APS. Por otro lado, el 62,5% refirió creer que el instrumento no permite la adquisición de nueva información sobre los pacientes. La mayoría de los participantes identificaron correctamente el nivel de complejidad de los casos clínicos ficticios evaluados. En cuanto a las puntuaciones de las variables en los dominios INTERMED, las del dominio social tuvieron el mayor número total de respuestas correctas. La mayoría de los profesionales pudieron seleccionar los casos ficticios como complejos y elegibles para la preparación de la PTS. Los artículos

seleccionados para la elaboración del PTS, en casi su totalidad, fueron similares a los determinados por los investigadores. Conclusión: Los resultados mostraron que INTERMED puede ser un recurso interesante para ser utilizado en la rutina de los servicios de APS, para clasificar el nivel de complejidad de los pacientes considerando el contexto biopsicosocial y elaborar el PTS de los usuarios. Sin embargo, se debe mejorar la capacitación para su aplicación y se deben realizar más estudios que involucren su uso en el contexto del APS y en la construcción del PTS.

Keywords: Atención Primaria de Salud; Gestión de casos; Atención Integral a la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 - Etapa de desenvolvimento da pesquisa.....32
Fluxograma 2 - Processo desde o convite até a quantidade final de participantes.....45

QUADRO 1 - Representação gráfica relacionando os domínios e contextos temporais e variáveis do INTERMED.....24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2021 46
Tabela 2 - Dados sobre treinamento do INTERMED. Ribeirão Preto, de dezembro 2019 a março de 2020..... 47
Tabela 3 - Dados sobre a aplicabilidade do INTERMED. Ribeirão Preto, 2021 47
Tabela 4 - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 1, considerando asa variáveis de cada domínio, Ribeirão Preto, 2021 51
Tabela 5 - - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 1. Ribeirão Preto, 2021 52
Tabela 6 - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 2 considerando as variáveis de cada domínio. Ribeirão Preto, 2021..... 54
Tabela 7 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 2. Ribeirão Preto, 2021 55
Tabela 8 - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 3 considerando as variáveis de cada domínio. Ribeirão Preto, 2021..... 58
Tabela 9 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 3. Ribeirão Preto, 2021 59
Tabela 10 - - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 4 considerando as variáveis de cada domínio. Ribeirão Preto, 2021..... 60
Tabela 11 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 4. Ribeirão Preto, 2021 61

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
ESF	Estratégia Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
INTERMED	*INTERMED Complexity Assessment Grid*
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
LLC	Lisa Laredo Camargo
ACGZ	Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
JMAM	João Mazzoncini de Azevedo Marques
CAO	Camila Almeida de Oliveira
MR	Magdalena Rzewuska
Hcor	Hospital do Coração
REDCap	Research Electronic Data Capture
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

SUMÁRIO

1 .INTRODUÇÃO 15
1. Introdução 16
1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) 18
1.2 Cuidado Ampliado em Saúde 19
1.3 Projeto Terapêutico Singular 21
1.4 INTERMED 22
2. JUSTIFICATIVA 26
3. HIPÓTESE E OBJETIVOS 28
3.1 Hipótese 29
3.2 Objetivo Geral 29
3.2.2 Objetivos Específicos 29
4. MÉTODO 30
4.1 Tipo do estudo 31
4.2 Local do estudo 31
4.3 População do estudo 31
4.3.1 Caracterização da população 31
4.3.1.1 *Critérios de Inclusão* 31
4.3.1.2 *Critérios de Exclusão:* 32
4.4 Procedimentos de coleta de dados 32
4.4.1 Treinamento dos pesquisadores 32
INTERMED 33
4.2.2 Treinamento dos Profissionais de Saúde 33
4.5 Elaboração dos instrumentos para coleta de dados e dos casos clínicos 35
4.5.1 Elaboração dos Casos Clínicos 35
4.5.2 Instrumentos de coleta de dados 36
4.5.2.1 Questionário sociodemográfico e de formação (APÊNDICE B) 36
4.5.2.2 Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (APÊNDICE C) 36
4.5.2.3 Questionário sobre aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na APS (APÊNDICE D) 37
Caso Clínico 1 – Paciente Complexo com pontuação > 30 37
Caso Clínico 2 – Paciente Complexo com pontuação entre 21 e 30 38
Caso Clínico 3 – Paciente Não Complexo com pontuação entre 10 e 20 40
Caso Clínico 4 – Paciente não Complexo com pontuação <10 40
4.6 Coleta de Dados 41
4.7 Análise de dados 42
4.8 Aspectos éticos da pesquisa 42
5. RESULTADOS 44
5.1.1 Análise do Caso Clínico 1 50
5.1.2 Análise do Caso Clínico 2 54

5.1.3 Análise do Caso Clínico 3 57
5.1.4 Análise do Caso Clínico 4 60
6. DISCUSSÃO 63
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO 69
8. CONCLUSÕES 71
7. REFERÊNCIA 73
APÊNDICE 80
APÊNDICE A – Contato por email para os participantes 81
APÊNDICE B - Questionário sóciodemográfico e formativo por parte dosprofissionais de saúde 82
APÊNDICE C – Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular 83
APÊNDICE D – Questionário de aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na Atenção Primária à Saúde 85
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais 87
ANEXO 92

1.INTRODUÇÃO

1. Introdução

O conceito de saúde tem sido revisitado ao longo dos anos e com a proposta de tornar-se mais abrangente, sua definição mais recente incorpora a interação dos valores sociais, culturais, subjetivos e históricos do indivíduo, da família e comunidade (ALMA-ATA, 1978; BRASIL, 2002). Assim, a saúde pode ser compreendida pelos indivíduos como uma busca constante pela qualidade de vida a partir da autoaceitação, da busca por relações solidárias e tolerantes, com o intuito de erradicar as iniquidades e a construção da cidadania e dos sujeitos (WALT; VAUGHAN, 1982).

Nessa direção, a rede de saúde deve estar estruturada de forma integrada e proporcionar o cuidado de maneira longitudinal, biopsicossocial e centrado na pessoa. Assim, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), a porta de entrada do sistema de saúde, exercem um papel essencial na ordenação da rede de saúde e coordenação do cuidado. É na APS que são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e tratamento, considerando os valores e objetivos de vida dos indíviduos (STARFIELD, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Para a efetivação das ações desenvolvidas no âmbito da APS, é necessário que a equipe de saúde considere as multidimensionalidades do individuo/cliente no processo de cuidado, ou seja, suas características biológicas (multimorbidades e comorbidades físicas), psicológicas (comportamentos, aderência ao tratamento e sintomas emocionais), sociais (estilo de vida, ocupação, moradia, relações interpessoais) e a relação com o sistema de saúde (coordenação e organização das redes de saúde e acesso ao serviço). Esta compreensão permite trazer à luz as fragilidades, barreiras e facilitadores da rede de atenção ao cuidado no qual possui efeitos significativos na qualidade de vida do usuário (KUIPERS et al., 2011; STIEFEL et al., 1999a).

Esta multidimensionalidade dinâmica, que interfere nas experiências de vida, percepção da saúde e doença do usuário (RIBEIRO; AMARAL, 2008; SHIPPEE et al., 2012), associada aos determinantes sociais de saúde, deve ser levada em consideração pela equipe de saúde ao realizarem o gerenciamento do cuidado de forma horizontal e ampliada (SHIPPEE et al., 2012)

Gerenciamento do cuidado pode ser definido, de acordo com Lukersmith (2017), como uma organização do cuidado deliberada entre duas ou mais pessoas, profissionais de saúde/equipe e usuário, para facilitar a prestação adequada do serviço através do desenvolvimento de um plano de trabalho comum, o Projeto Terapêutico Singular – PTS (RIBEIRO; AMARAL, 2008), permitindo a integralidade do cuidado (educação, trabalho, serviços sociais e comunitários).

O gerenciamento do cuidado (SANTOS; LIMA, 2011; WOODWARD; RICE, 2015) possui como atributo a reinstituição da fragmentação do sistema de saúde, reduzindo o número de internações e utilizações da unidade de emergência, através de um sistema fluído e contínuo de avaliação compartilhada, planejamento, facilitação e autonomia por parte dos usuários, na organização e direcionamento das necessidades dos serviços de saúde.

A APS possui o contexto adequado para permitir que os profissionais e equipe de saúde desenvolvam o gerenciamento do cuidado através do PTS, utilizando-se de formulações diagnósticas e terapêuticas abrangentes em sua clínica cotidiana (BRASIL, 2013a; BUTLER et al., 2008).

Desta forma, ao refletir sobre a complexidade de se ampliar o cuidado para uma esfera biopsicossocial, centrada na pessoa que seja capaz de englobar todas as demandas dos usuários, além de avaliar os riscos de vulnerabilidade das necessidades de cuidado, podemos pressupor a dificuldade que os profissionais e a equipe podem enfrentar para a elaboração do PTS.

Esta dificuldade remete à falta de instrumentos sistematizados e focados tanto nas necessidades de saúde do usuário (físico, mental e social), quanto na relação entre as ações do sistema de saúde e o usuário, principalmente na APS (LEE et al., 2018). Desta forma, os usuário elegíveis para o PTS são aqueles, subjetivamente, julgados como complexos pela equipe, pois se destacam em seus atributos sintomas e condições biolólógicas de saúde dos demais usuários. Como consequência, a equipe se depara com usuários hiperutilizador, não aderentes ao tratamento, com baixo vínculo com a equipe e a unidade de saúde e que demandam inúmeras visitas em toda a rede de serviço (BRASIL, 2013b; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010).

Ao considerar a importância de auxiliar os profissionais a elaborarem o PTS através de um cuidado ampliado, o presente estudo propôs analisar a aplicabilidade do instrumento INTERMED pelos profissionais de saúde da APS para auxiliar na confecção do PTS, de forma que seja possível uma triagem adequada dos usuários elegíveis de acordo com seu nível de complexidade. O INTERMED é um instrumento utilizado para classificar a complexidade biopsicossocial de usuários em diversos níveis de assistência, auxiliando no entendimento de suas necessidades e atuando na melhora da comunicação entre os profissionais (WEBER, 2012).

Para que possamos compreender melhor essa estratégia de desenvolvimento do PTS pela utilização do INTERMED, é necessário um diálogo mais aprofundado nos conceitos sugeridos nesta introdução - Atenção Primária à Saúde, Cuidado Ampliado, Projeto Terapêutico Singular e o INTERMED.

1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

No Brasil, a APS foi instituída como um modelo de atenção como intuito de aproximar a população do serviço. Nessa direção, o principal dispositivo da APS, a estratégia de saúde da família (ESF), pauta-se na prevenção de agravos e na promoção da saúde, com seus interesses voltados para o território de abrangência e na atuação multidisciplinar (STARFIELD, 2004).

Além disso, trata-se do primeiro contato, porta de entrada e locus de ação do usuário na rede de atenção à saúde, garantindo acesso facilitado em cada nova condição de saúde, permitindo que as equipes de saúde oferecessem o melhor atendimento e coordenação do cuidado referencia e contratransferência) para profissionais e instituições especialistas quando for o caso (PORTELA, 2017; STARFIELD, 2004).

Outro atributo da APS é a coordenação do cuidado e uma organização do sistema de saúde, garantindo aos usuários um acesso com qualidade, continuidade e integralidade a todos os instrumentos e recursos disponíveis na rede (ALELUIA et al., 2017). A coordenação da atenção refere-se a ações verticais e horizontais pelo planejamento assistencial, definindo fluxos de atendimento, triagem de usuários, elaboração do PTS e gerenciamento do cuidado. De acordo com Almeida et al. (2018):

> "coordenar significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas [...] e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado."

Para que o Gerenciamento do Cuidado na APS possa proporcionar uma melhor qualidade do cuidado, é impressindível a realização de ações que permitam sanar barreiras existentes, como a superutilização e subutilização do sistema de forma inadequada pelos usuários, acarretando gastos desnecessários e cuidado focado apenas no diagnóstico dos sinais e sintomas e hegemonia hospitalocêntrica (GRABOIS, 2011).

Assim, a Gestão do Cuidado, ao sanar com as barreiras existentes, foca nas dimensões: 1) individuais, garantindo a autonomia do autocuidado, a produção de subjetividades sobre o conceito de estar sadio e percepção das escolhas comportamentais oriundos do estilo de vida; 2) familiares, nas quais permite que a rede de suporte social possa influenciar positivamente no tratamento do usuário; 3) profissionais, através do desenvolvimento de vínculo e confiança

entre equipes/serviços/usuárioe ações integrais e longitudinais que permeiam aspectos biopsicossociais e centrados no usuário; 4) organizacionais, permitindo que o PTS seja elaborado por equipes intra e extra hospitalar; e 5) sistêmicas pelo acesso integral, longitudinal e facilitado da rede de serviço de saúde (CECILIO, 2011; METELSKI et al., 2020).

Essas dimensões da Gestão do Cuidado na APS permitem que profissionais de saúde consigam desenvolver ações focadas nas singularidades dos usuários através da padronização do reconhecimento e avaliação dos riscos e necessidades de saúde, elaborando diretrizes clínicas para o cuidado utilizando profissionais de referência para auxiliar o usuários na autonomia do autocuidado (GRABOIS, 2011).

Ao analisar esses princípios, deve-se ter em mente a importância da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares pela sua estrutura integral, longitudinal e organizacional dos cuidados dos usuários, sendo capaz de assistir as necessidades de saúde nos múltiplos âmbitos necessários (STARFIELD, 2004).

1.2 Cuidado Ampliado em Saúde

Para a construção de um PTS, considerando as diretrizes do SUS (integralidade, longitudinalidade, com coordenação e organização da rede de saúde) de forma biopsicossocial e centrado na pessoa, com o máximo de vínculo possível, é necessário refletir sobre a forma com que os cuidados em saúde são elaborados.

Desta forma, podemos descrever esse fenômeno - Cuidados em Saúde - como ações que visam à melhoria da qualidade de vida do usuário de forma consciente através de acordos realizados entre todos os agentes envolvidos na modificação de comportamentos (profissionais, gestores, paciente e familiares). (OLIVEIRA; GRABOIS; JÚNIOR MENDES, 2009)

Entre as atividades envolvidas no cuidado, destaca-se a elaboração, organização e monitoramento do PTS. (OLIVEIRA; GRABOIS; JÚNIOR MENDES, 2009). A construção do PTS para a organização do cuidado pode permitir ao paciente uma melhor relação e acesso à rede de serviços de saúde e maior adesão ao tratamento (PEREIRA; LIMA, 2008). Além disso, possibilita a elaboração de planos de cuidado biopsicossocial e centrados na pessoa pelos gestores do cuidado (equipe de saúde) (OLIVEIRA; GRABOIS; JÚNIOR MENDES, 2009).

Ao sumarizar o conceito de cuidado em saúde, pode-se perceber a importância do empoderamento dos pacientes para a gestão do autocuidado (desenvolvimento de autonomia), o desenvolvimento de vínculo entre os diversos atores e a percepção ampliada para além da

díade saúde/doença.

Ao analisar esses preceitos e inserindo os princípios norteados da APS, o cuidado integral transcende o cuidado biomédico, permitindo a compreensão do paciente com um ser completo dentro de suas complexidades biopsicossociais (SANTOS et al., 2019; SILVA; SENA, 2008). Assim, nos serviços da APS, o cuidado integral é considerado em sua forma ampliada (CARNUT, 2017).

Por sua vez, o cuidado ampliado – clínica ampliada – possui como finalidade ações que visam compreender o paciente em sua integralidade, diminuindo a fragmentação das ações das equipes e serviços de saúde (BRASIL, 2013b), alcançando uma abordagem centrada na pessoa que permeia a singularidade e a complexidade das redes de cuidado da pessoa (BRASIL, 2007).

As necessidades de saúde do paciente, perpassando pela abordagem da clínica ampliada (BRAZIL, 2012), refere-se a ações muito além do diagnóstico, englobando condutas pertinentes à baixa adesão ao tratamento, ao uso constante e exacerbado do serviço de saúde.

Para Campos e Amaral, (2007), a clínica ampliada pode ser considerada como a "construção de autonomia e de autocuidado" por parte dos pacientes com auxílio da equipe de saúde. Acrescenta ainda que:

> "somente serão alcançados caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. Desde a construção do diagnóstico – mapa de vulnerabilidade – ao projeto terapêutico, com a clínica ampliada, buscar-se-á construir modos para haver uma co-responsabilização do clínico e do paciente."

De uma forma mais clara, a clínica ampliada pode ser considerada como (BRASIL, 2007):

- Compromisso com a singularidade do sujeito, perpassando pelas complexidades de necessidades de saúde biopsicossociais;
- Intersetorialidade facilitando a coordenação e organização da rede de saúde, o que facilitará a transferência e contratransferência do paciente com uma comunicação única e clara;
- Atitudes éticas frente às dificuldades relacionadas ao conhecimento de cada profissional, referentes aos determinantes sociais de saúde, identidade de gênero e mesmo diagnóstico do paciente.

Porém, para que profissionais de saúde comecem a utilizar na prática a clínica ampliada, é necessária a reforma do pensamento ao enfrentar os desafios acerca do processo saúde/doença. Para o Ministério da saúde (BRASIL, 2009), os maiores desafios se encontram na modificação de mentalidade hegemônica biomédica como o foco no diagnóstico epidemiológico da doença e seus sintomas (remissão e cura), no tratamento medicamentoso e biológico.

Outros desafios partem de ações mais subjetivas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2007), como: 1) ampliar a escuta para além dos sintomas da doença, englobando as subjetividades e particularidades psicossociais dos pacientes, levando em consideração as crenças, valores e significados do "adoecer"; 2) desenvolver vínculos e afetos com os pacientes, familiares e comunidades, a fim de entender as necessidades e demandas de saúde individuais e coletivas, abrindo margem para uma relação integral e longitudinal; 3) Evitar iatrogenias com a negligência através da não comunicação entre profissionais e serviços ou excesso do cuidado, com prescrição exacerbada de medicamentos e exames (BRACCIALLI et al., 2009), a reorganização do serviço, abertura para a co-gestão do cuidado pelo paciente (CAMPOS; AMARAL, 2007) e a fragmentação da rede de serviço de saúde que dificulta a coordenação e organização do sistema e o acesso do paciente.

Para que esses desafios possam ser sanados e o cuidado ampliado possa ser resolutivo e eficaz na prática clínica, uma das ferramentas utilizadas é o Projeto Terapêutico Singular.

1.3 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta do cuidado ampliado capaz de auxiliar profissionais de saúde a utilizarem uma abordagem centrada na pessoa dentro de um arcabouço biopsicossocial, com a proposta de melhoria do cuidado em saúde prestado a pacientes considerados complexos (com multimorbidade, polifarmácia e/ou uso do sistema de saúde) pela equipe (HIRD et al., 2015).

Desta forma, a elaboração do PTS (SILVA et al., 2013; VANESSA DE CARVALHO LIMA; CASTELO BRANCO DE ANDRADE, 2018) permite que as equipes de saúde respondam de forma reflexiva, sistematizada e resolutiva as demandas e necessidades dos pacientes considerados complexos com o intuito de permitir autonomia e empoderamento no processo de cuidado individual.

O PTS destaca-se por sua característica longitudinal e centrada no paciente, permitindo um dinamismo e coordenação do tratamento e uma integralidade nos objetivos e planos de cuidado, diminuindo, assim, as lacunas de informação advindas da comunicação precária entre

a tríade paciente/equipe/sistema de saúde, rehospitalizações e estresse por parte de todos os envolvidos (DYKES et al., 2014).

Outra característica é o aumento da satisfação dos pacientes pela comunicação qualificada e resolutiva com a equipe, melhoria das experiências no tratamento e empoderamento no autocuidado, com a diminuição dos medos e ansiedades, principalmente quando as tomadas de decisões são resolvidas mutuamente entre equipe/paciente, melhorando, assim, a adesão ao tratamento (HIRD et al., 2015).

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde possam compreender os quatro componentes essenciais para a elaboração do PTS (BRASIL, 2007; NECKEL; PACHECO, 2014; SOUZA, 2018):

- Diagnóstico: avaliação biopsicossocial e centrada no paciente que engloba os riscos, necessidades, vulnerabilidades e barreiras de saúde, além da compreensão de suas crenças e experiências quanto à condição de saúde, tratamento, relação/vínculo com a equipe/serviços de saúde e a identificação da rede de apoio social, construindo um mapa multidimensional de vida do paciente;
- Definição de Metas: elaboração de propostas de metas de curto, médio e longo prazo de forma compartilhada com o paciente;
- Divisão de Responsabilidades: definição de tarefas bem estruturadas entre a equipe e o paciente, de preferência elencando o profissional de referência (aquele com maior vínculo com o paciente) que irá coordenar o cuidado;
- Reavaliação: discussão sobre o prognóstico e evolução do paciente ao identificar resultados, reavaliar e elaborar novas estratégias para se alcançar melhoria da saúde do paciente e definir novos objetivos e metas.

Ao considerar a importância da avaliação dos aspectos biopsicossociais na elaboração do PTS, é fundamental a busca por ferramentas que possam auxiliar nesse processo. Nessa direção, salientamos o instrumento *INTERMED Complexity Assessment Grid* (INTERMED) que propõe um modelo de avaliação de cuidado dos indivíduos considerando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e do sistema de saúde(INTERMED FOUNDATION, 2009; WEBER, 2012).

1.4 INTERMED

Fundamentado no aspecto ampliado de saúde, considerando os problemas, as necessidades, os determinantes sociais de saúde com o intuito de ultrapassar os muros institucionais, permitindo que o conhecimento sobre saúde se ampare no foco biopsicossocial centrado na pessoa, é imprescindível estudar uma avaliação que busque a visão do paciente sobre suas condições de saúde, favorecendo a cogestão e o empoderamento do cuidado (BRASIL, 2006).

Desta forma, o INTERMED foi desenvolvido na Holanda, em 1999, por Huyse e colaboradores (HUYSE et al., 1999; STIEFEL et al., 1999b) para permitir uma abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa, buscando um processo de avaliação que modificasse a estrutura de gerenciamento de planos de cuidado para pacientes considerados complexos com intuito primordial de otimizar o tempo, o custo e a disponibilidade da equipe multidisciplinar, facilitando no dia a dia a implementação de um modelo de cuidado biopsicossocial (HUYSE et al., 1999; INTERMED FOUNDATION, 2009; KISHI et al., 2004).

Essa concepção biopsicossocial e centrada na pessoa condiz com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, na qual “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Dentro desta perspectiva, é necessária uma avaliação que abranja todos os aspectos que possam compreender os riscos, vulnerabilidades e necessidades de saúde dos pacientes, ampliando a avaliação tradicional, exclusivamente biomédica, para o cuidado de saúde, podendo apoiar decisões e gerenciamento de casos.

INTERMED, diferente de outros instrumentos, não possui o intuito de diagnosticar pacientes e sim de avaliar individualmente casos biopsicossociais complexos de forma rápida e compreensível, dando respaldo suficiente para a elaboração, coordenação e organização dos planos de cuidado (STIEFLE et al., 2006).

Outra característica importante do INTERMED refere-se a sua estrutura sistematizada que melhora a comunicação entre os profisisonais e a rede de saúde que estão envolvidos no tratamento do paciente, pois permite uma linguagem padrão de avaliação do cuidado (HOOGERVORST et al., 2003; HUYSE et al., 1999; LATOUR et al., 2007), corroborando o modelo de atenção multidisciplinar proposto pela APS.

O INTERMED pode ser utilizado como complemento do modelo tradicional de entrevista e pode ser acoplado no prontuário, a fim de facilitar os prognósticos e a variedade de informações sobre o paciente em questão (HUYSE et al., 1999; WEBER et al., 2012). Além disso, pode servir como guia dentro de uma estratégia já utilizada pela equipe de profissionais de saúde.

Para a utilização desse método, seu desenvolvedor sugere um treinamento prévio para utilização do INTERMED (INTERMED FUNDATION, 2009; STIEFLE et al., 2006), com tempo de aplicação médio para a APS de oito minutos (OLIVEIRA, 2020) e, no contexto terciário e secundário, uma variação de tempo entre 20 (JONGE et al., 2005; WEBER, 2012) e 40 minutos (WEBER, 2012) suficientes para sua aplicação dependendo do nível de complexidade de cada paciente.

O INTERMED é composto por quatro domínios: biológico, psicológico, social e relação com o sistema de saúde, atrelados a um contexto temporal – história (passado), estado atual (presente) e prognóstico/vulnerabilidade (futuro) (INTERMED FUNDATION, 2009). Esses eixos formam uma matriz que inclui 20 variáveis que descrevem riscos e necessidades de saúde personalizadas. Cada variável é pontuada em uma escala ancorada de zero (sem vulnerabilidade/ apenas educação em saúde) a três (severa vulnerabilidade/ ações e tratamentos imediatos), denominada Pontos de Ancoragem Clínica. A soma das 20 variáveis pode variar de zero a 60 pontos, determinando o nível de complexidade das necessidades em saúde (INTERMED FUNDATION, 2009). Esse instrumento foi adaptado e validado para o contexto hospitalar brasileiro por Weber em 2012 (GUTIERREZ; SILVA; SHIMIZU, 2014; WEBER et al., 2012). A seguir, o quadro 1 apresenta o Sistema de Avaliação do INTERMED com os seus domínios e variáveis.

QUADRO 1 - Representação gráfica relacionando os domínios e contextos temporais e variáveis do INTERMED

DOMÍNIOS	HISTÓRIA	ESTADO ATUAL	PROGNÓSTICO
BIOLÓGICO	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)
PSICOLÓGICO	Barreiras para Enfrentamento (0) (1) (2) (3) Disfunção Psiquiátrica (0) (1) (2) (3)	Resistência ao tratamento (0) (1) (2) (3) Sintomas psiquiátricos (0) (1) (2) (3)	Ameaça à Saúde Mental (0) (1) (2) (3)
SOCIAL	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)
SISTEMA DE SAÚDE	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

Fonte: Oliveira (2020)

Alguns estudos foram conduzidos para evidenciar a eficácia do INTERMED no

gerenciamento do cuidado pela equipe multidisciplinar. Um dos estudos envolveu pacientes com esclerose múltipla e foi desenvolvido com psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (HOOGERVORST et al., 2003), outro foi realizado com pacientes com condições urológicas severas (LATOUR et al., 2007), outro com idosos hospitalizados (GUTIERREZ; SILVA; SHIMIZU, 2014) que apontou a importância da equipe multidisciplinar como foco essencial para o desenvolvimento de planos de cuidados e outro foi desenvolvido com equipe de psicólogos e médicos (residentes, internos e psiquiatras) que incluiu pacientes com dores lombares.

Quando analisada a implantação desse método em diferentes áreas, como na sala de urgência/emergência (MATZER et al., 2012), no cuidado a pacientes idosos (GUTIERREZ; SILVA; SHIMIZU, 2014; WILD et al., 2011), com esclerose múltipla (HOOGERVORST et al., 2003), nos cuidados paliativos (KISHI et al., 2010; MAZZOCATO et al., 2000), todos trazem a necessidade de um olhar voltado para o cuidado biopsicossocial com ênfase para o domínio psicológico que teve seus valores bastante expressivos (sejam para mais ou menos da média esperada nos demais domínios estudados), o que revela a importância dos cuidados neste domínio específico.

No Brasil, foram identificados cinco estudos que utilizaram o INTERMED. Um estudo teve como finalidade conhecer os aspectos associados ao sistema de saúde com idosos hospitalizados, classificando a complexidade assistencial (GUTIERREZ; SILVA; SHIMIZU, 2014), enquanto outro descreveu a receptividade do processo de treinamento de profissionais de enfermagem em unidade de internação (BARROS; WEBER; ISMAEL, [s.d.]). Um terceiro estudo realizou o levantamento dos aspectos biopsicossociais da pessoa idosa hospitalizada, avaliando como a dinâmica e o engajamento familiar influenciam na hospitalização e na alta (GUTIERREZ; LIMA, 2013), já outro avaliou o método na concepção da redução do tempo de internação e gerenciamento dos leitos hospitalares (WEBER, 2012) e um último estudo visou à implementação do INTERMED na APS brasileira (OLIVEIRA, 2020).

2. JUSTIFICATIVA

O instrumento INTERMED pode ser uma ferramenta imporante para auxiliar na elaboração do PTS. Assim, capacitar a equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros) para sua aplicação é fundamental.

Estudos apontam que a maioria dos profissionais de saúde que atua nos serviços da APS sente-se despreparado ao lidar com as demandas psicológicas dos pacientes e para o oferecimento do cuidado ampliado (AMARANTE et al., 2011; BOLSONI et al., 2015).

Desse modo, ao considerar a APS como um importante pilar para a construção de novos modelos de atenção em saúde, a escassez de estudos sobre a utilização do INTERMED como auxiliar da elaboração do PTS nesse contexto e tendo profissionais da linha de frente como responsáveis no estabelecimento de vínculo entre o paciente e o serviço, o presente trabalho teve como finalidade compreender como o INTERMED pode auxiliar os profissionais de saúde na elaboração dos PTS através da classificação do nível de complexidade de pacientes atendidos nos serviços da APS.

Espera-se que os resultados obtidos possam auxiliar no aperfeiçoamento da prática clínica dos profissionais que atuam na APS, por meio do fortalecimento do acolhimento, da escuta e do vínculo para efetivação do cuidado integral em saúde.

3. HIPÓTESE E OBJETIVOS

3.1 Hipótese

A identificação do nível de complexidade obtido pela aplicação do INTERMED é capaz de auxiliar os profissionais de saúde na elaboração do Projeto Terapêutico Singular de pacientes em diferentes níveis de complexidade.

3.2 Objetivo Geral

Avaliar a aplicabilidade do INTERMED na classificação do nível de complexidade e na elaboração do PTS de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde que atuam em serviços da APS.

3.2.2 Objetivos Específicos

Descrever e avaliar a aplicabilidade do treinamento para utilização do INTERMED oferecido aos profissionais de saúde da APS;

Comparar a classificação do nível de complexidade de cada caso clínico fictício realizada pelos participantes, depois do treinamento utilizando o INTERMED, considerando a esperada pelo pesquisador;

Apresentar os itens considerados pelos participantes para a elaboração do PTS de cada caso clínico fictício utilizando os resultados da pontuação das variáveis dos domínios do INTERMED e as metas a serem propostas para o plano de cuidado.

4. MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Estudo descrito, exploratório que teve como finalidade analisar a aplicabilidade do INTERMED para classificação do nível de complexidade e para a elaboração do PTS de casos clínicos fictícios por profissionais de saúde da APS.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em serviços de APS pertencentes ao distrito oeste do município de Ribeirão Preto - SP. Esse distrito é uma região definida a partir de aspectos geográficos, sociais e econômicos comuns. Para o presente estudo, foram incluídas três Unidades de Saúde da Família (USF) coordenadas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP): Núcleo de Saúde da Família (NSF) Enfª Maria Teresa Romão Pratali - NSF 2; Unidade de Saúde da Família (USF) Profº Drº Célia de Almeida Ferreira – NSF 3; e USF Profº Drº Vera Heloísa Pileggi Vinha - NSF 5.

A justificativa para seleção dessas unidades foi pautada em conversas prévias com as equipes que as compõem, as quais se mostraram disponíveis e interessadas em contribuir com a pesquisa.

4.3 População do estudo

4.3.1 Caracterização da população

A população foi composta por todos os profissionais que atuam na linha de frente de cuidado da população atendida nos locais selecionados para o estudo - ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e residentes da área da saúde (médicos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiologistas, psicólogos e fisioterapeutas). Os residentes da área da saúde também foram incluídos, pois estavam atuando nos serviços selecionados para o estudo no momento da realização da pesquisa.

4.3.1.1 Critérios de Inclusão:

Atuar no serviço de saúde há pelo menos seis meses;

Participar do treinamento.

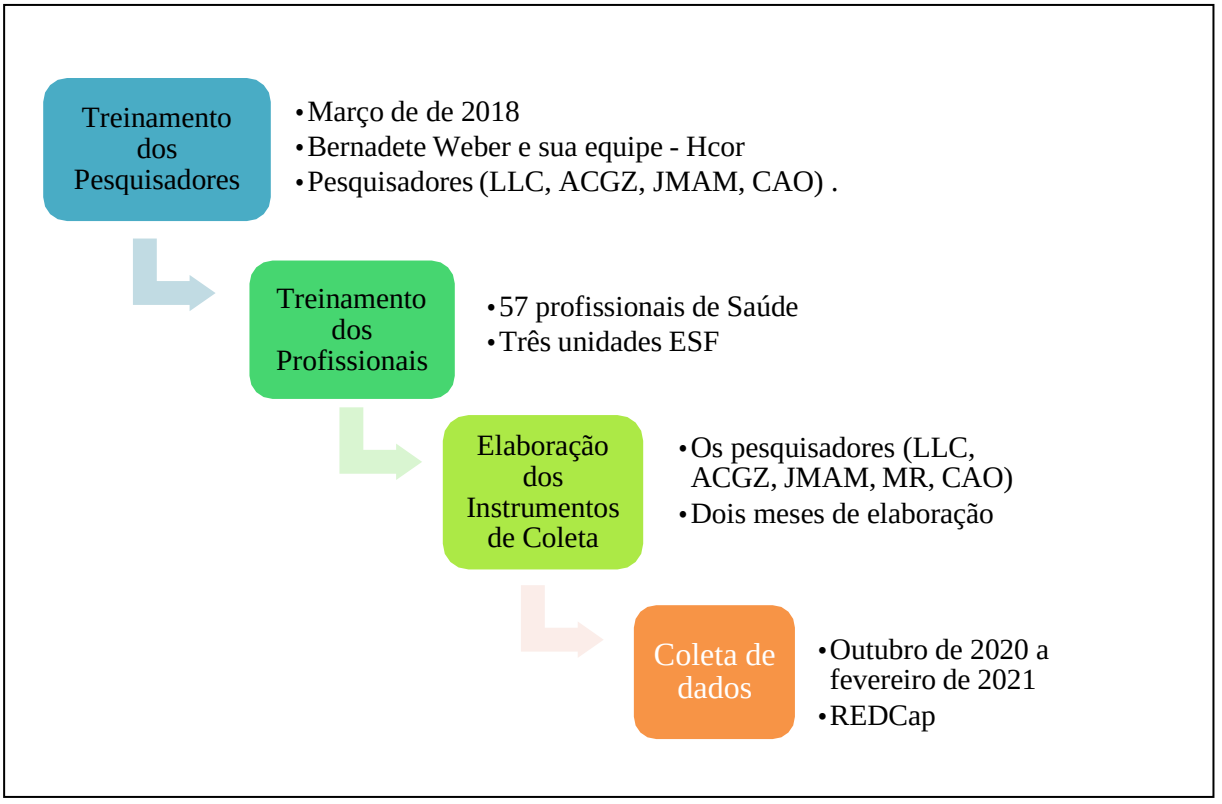
4.3.1.2 Critérios de Exclusão:

Profissionais em período de afastamento ou férias no período da coleta de dados.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: treinamento dos pesquisadores, treinamento dos profissionais de saúde, elaboração dos instrumentos de coleta de dados e coleta de dados.

Fluxograma 1 - Etapa de desenvolvimento da pesquisa



Fonte: Próprio autor (2021)

4.4.1 Treinamento dos pesquisadores

Inicialmente, os pesquisadores participaram de um treinamento para aplicação do INTERMED em São Paulo, no Hospital do Coração (Hcor), que foi oferecido pela equipe que participou do estudo de validação do instrumento no Brasil, coordenado pela pesquisadora Bernadete Weber. Cabe destacar que a equipe que proporcionou o treinamento participou de capacitação oferecida pela equipe do INTERMED Foundation. O treinamento ocorreu no mês de junho de 2018 e teve duração de 16 horas. Assim, para o desenvolvimento do presente estudo,

foi solicitada a autorização da pesquisadora Bernadete Weber (ANEXO 1).

INTERMED

O INTERMED é uma Entrevista semiestruturada com 17 questões, sendo que 16 delas são relacionadas com os domínios do INTERMED e a última questão é voltada para a satisfação da aplicabilidade da entrevista. Possui uma matriz composta por quatro domínios (biológico, psicológico, social e sistema de saúde, atrelados ao contexto temporal (história, estado atual e prognóstico, vulnerabilidade). Os domínios são divididos em cinco variáveis específicas e pontuados através dos Pontos de Ancoragem Clínica. O escore total se dá pela somatória das 20 variáveis podendo variar de 0 a 60. (JONGE et al., 2003; STIEFEL et al., 2006). Para o presente estudo a seguinte classificação foi adotada entre 0 e 20 pontos no escore total o caso deve ser considerado como sem complexidade e pontuação no escore total acima de 21, o caso deve ser considerado como complexo (JONGE et al., 2003). Utilizamos a versão português do Brasil previamente traduzida e validada no contexto hospitalar (WEBER, 2012). Para elaboração do PTS o profissional de saúde deve considerar as pontuações obtidas em cada variável pertencente aos quatro domínios considerando a escala ancorada de zero (sem vulnerabilidade/ apenas educação em saúde) a três (severa vulnerabilidade/ ações e tratamentos imediatos).

4.2.2 Treinamento dos Profissionais de Saúde

Inicialmente, as equipes de saúde das três unidades selecionadas para o estudo foram convidadas a participar do estudo por meio da entrega de uma carta convite pelos pesquisadores. A carta convite continha informações sobre a importância de sua participação na pesquisa e esclarecimentos acerca de seus objetivos e dos procedimentos para a coleta dos dados.

Para as equipes que aceitaram participar, foi agendado dia e horário para sanar todas as dúvidas sobre o estudo. Nesse momento, os profissionais que estavam presentes na reunião foram convidados a participar do treinamento organizado pelas pesquisadoras sobre o INTERMED.

Participaram do treinamento 57 profissionais das equipes de saúde da APS, compostas por médicos (contratados, residentes e estudantes), enfermeiros (contratados, técnicos e estudantes) agentes comunitários de saúde e residentes multiprofissionais (dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo). Assim, ocorreu no horário da reunião administrativa que ocorre todas as sextas-feiras das 8 às 10 horas da manhã.

O treinamento realizado pela pesquisadora principal e uma auxiliar foi embasado no

realizado inicialmente no HCor e consistiu em uma palestra sobre o desenvolvimento do instrumento, seus objetivos e estrutura (domínios, variáveis e pontuação). Após a palestra, foi realizado um simulado de entrevista e pontuação do INTERMED com o uso de um caso clínico fictício:

- Cada profissional recebeu uma cópia do INTERMED;
- Na sequência, foi orientado a pontuar o instrumento à medida que o caso clínico era elucidado;
- A pesquisadora principal (no papel de paciente) e a pesquisadora auxiliar (no papel de entrevistadora) realizaram a simulação do caso clínico;
- Após o término da simulação, os profissionais discutiam em grupo sobre a pontuação e sanavam suas dúvidas com as pesquisadoras sobre as variáveis e pontuações do INTERMED.

Cabe ressaltar que a proposta inicial do estudo consistia no treinamento dos profissionais de saúde e, logo em seguida, a observação destes na aplicação prática na rotina diária do INTERMED em pelo menos cinco pacientes acompanhados em serviços da APS para cada profissional, com demandas de saúde mental.

Contudo, um mês após o treinamento foi deflagrado a pandemia pelo SARS-Cov-2. Devido às restrições sociais e ao aumento da demanda na rotina das unidades de saúde, os objetivos do projeto foram reformulados. Os procedimentos para a adaptação da pesquisa ocorreram da seguinte maneira:

1. Discussão prévia por telefone com as enfermeiras responsáveis das unidades de saúde, na qual relataram a dificuldade em entrevistar pacientes utilizando o INTERMED devido ao aumento da demanda de serviço por conta da Covid-19;
2. Discussão com a orientadora, o coorientador e duas pesquisadoras externas (ACGZ, JMAM, MR, CAO) para definição de novos objetivos e etapas a serem desenvolvidas;

Após a discussão, a pesquisa foi estruturada da seguinte forma:

1. Permanência do treinamento ministrado previamente antes da pandemia;
2. Realização de levantamento dos profissionais que, no momento do treinamento, haviam disponibilizado o contato por email;

3. Realização de contato com os locais do estudo para tentar localizar os profissionais que não haviam disponibilizado o email;
4. Contato por email com os profissionais que participaram do treinamento sobre os novos objetivos do projeto e o convite para participar das novas etapas da pesquisa (APENDICE A);
5. Elaboração de casos clínicos e novo instrumento de coleta de dados;
6. Envio por email, para aqueles que aceitaram participar da nova proposta, do questionário de coleta de dados elaborado por meio da plataforma Survey.

A seguir, são descritas as etapas percorridas para atingir os novos objetivos da pesquisa.

4.5 Elaboração dos instrumentos para coleta de dados e dos casos clínicos

A elaboração dos instrumentos construídos para atingir o novo objetivo proposto foi permeada por discussões semanais por um período de dois meses com a presença da mestranda, orientadora, coorientador e duas pesquisadoras externas (LLC, ACGZ, JMAM, MR, CAO), sendo que uma delas pertence a uma instituição internacional. O intuito das reuniões foi a elaboração e refinamento de quatro casos clínicos fictícios, de um questionário para obtenção de dados sociodemográficos e de formação, de um questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular e de um questionário sobre aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na APS.

4.5.1 Elaboração dos Casos Clínicos

Os casos clínicos foram baseados no componente da Metodologia Ativa de Ensino com enfoque na abordagem *Problem-based Learning* (Aprendizagem Baseada no Problema - PBL). O PBL propõe que conteúdo do aprendizado deve ser orientado a partir de problemas reais ou fictícios alicerçados por conhecimentos prévios (BEZERRA et al., 2020).

A partir deste pressuposto, foram desenvolvidos para a pesquisa casos clínicos que serviriam como problemas para direcionar o raciocínio da elaboração dos PTS baseados nos níveis de complexidade do INTERMED.

A escolha de casos clínicos para a pesquisa teve como enlace teórico a concepção de viabilizar um estudo aprofundado dos problemas, riscos, vulnerabilidades e necessidades de saúde dos pacientes atendidos na APS (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003; SAMPAIO; GUEDES, 2012).

A elaboração dos casos clínicos ocorreu em reunião com a pesquisadora auxiliar (CAO) que validou o INTERMED para a APS brasileira (OLIVEIRA, 2020) e tinha ampla experiência na utilização do INTERMED para classificação do nível de complexidade de pacientes em seguimento nos serviços da APS.

As etapas da elaboração dos casos clínicos foram:

1. Divisão dos níveis de complexidade do INTERMED em pontuação < 10, pontuação de 10 a 20, pontuação entre 20 a 30 e >30;
2. Separação das principais queixas de saúde pontuadas pelo INTERMED e pela experiência da pesquisadora auxiliar com as demandas trazidas pelos pacientes em seguimento nos serviços da APS;
3. Elaboração dos casos clínicos sumarizando e englobando as queixas de acordo com as variáveis do INTERMED;
4. Cada caso clínico não se trata de um paciente real e sim de uma generalização das queixas apresentadas em cada uma das divisões dos níveis de complexidade.

Após a finalização da primeira versão dos casos clínicos fictícios e dos instrumentos para coleta de dados, foi realizada a inserção de todo material na plataforma *REDCap* pelas pesquisadoras (LLC e CAO). Assim, os demais pesquisadores (ACGZ, JMAM e MR) foram convidados a participar de um teste piloto com o intuito de avaliar o material final. Para avaliação, os pesquisadores deveriam utilizar o INTERMED para classificar o nível de complexidade dos casos fictícios e elaborar o PTS. Ao final do teste piloto, foi realizada uma reunião como todos os envolvidos para avaliar a pertinência do instrumento com os objetivos propostos para o estudo, executar os ajustes finais e construir a versão final.

4.5.2 Instrumentos de coleta de dados

4.5.2.1 Questionário sociodemográfico e de formação (APÊNDICE B)

O instrumento foi elaborado para obtenção de dados relacionados a idade, sexo, escolaridade e tempo de formação.

4.5.2.2 Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (APÊNDICE C)

Questionário desenvolvido especificamente para a pesquisa, que teve como finalidade avaliar a elaboração do PTS. O instrumento consistiu em questões de múltipla escolha e questões abertas para aprofundar determinadas questões.

A utilização do instrumento permitia avaliar os seguintes pontos: a conduta em relação ao planejamento do cuidado; os domínios do INTERMED necessários para serem incluídos no PTS; o encaminhamento para especialistas; o local e a população para se obter informações extras, além da informada pelo paciente; o tempo de reavaliação do paciente; as formas de entrar em contato com o paciente e familiares; o profissional de referência. O Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular deveria ser respondido para cada um dos casos fictícios elaborados.

4.5.2.3 Questionário sobre aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na APS (APÊNDICE D)

Desenvolvido para a pesquisa, esse instrumento divide-se em duas partes. A primeira tem o intuito de analisar a aplicabilidade do treinamento através de cinco questões (quatro fechadas e uma aberta), relacionadas à compreensão do instrumento INTERMED, forma de preenchimento, domínios, pontuação do instrumento e estrutura do treinamento. Já a segunda busca avaliar a aplicabilidade do INTERMED no contexto da APS, composta de duas questões fechadas sobre a relevância do INTERMED na APS, a eficácia e as condições necessárias para se inserir o instrumento na rotina da APS.

4.5.2.4 Casos clínicos

Caso Clínico 1 – Paciente Complexo com pontuação > 30

Marlene, 38 anos, dona de casa, casada, sendo seu marido provedor de renda, com dois filhos, todos residindo no apartamento próprio.

Sobre sua saúde, paciente foi diagnosticada com sinusite crônica, recebendo tratamento adequado. Nas duas últimas semanas tem estado constantemente na unidade de saúde com queixa de uma enxaqueca persistente que atrapalha no seu dia a dia a ponto de não conseguir fazer nenhuma atividade.

Apesar de já ter sido encaminhada para neurologista e exames, ainda não tem uma data prevista para sua consulta. E, por isso, se sente incomodada por não ter uma resolutividade no

tratamento, afinal, os profissionais da unidade não querem fazer um tratamento antes de saber a causa e analisar os exames.

Paciente possui diagnóstico de ansiedade crônica, sentindo os efeitos da doença principalmente para questões do dia a dia, desde tarefas diárias como maneiras de lidar com a família.

Traz que, quando em crise, faz uso de álcool em quantidades grandes, contudo, há dois meses refere que não ingeriu nenhuma bebida alcoólica, reforçando sua ideia de que não precisa mais frequentar o CAPS AD ou seguir as orientações da equipe. Apesar disso, faz uso de Clonazepam por conta própria, a fim de controlar suas emoções.

Relata que há alguns meses fez uso de álcool em quantidade exagerada para tentar aliviar a ansiedade, chegando a perder o controle e precisar da ajuda do esposo para tomar banho e conseguir cuidar dos filhos.

Sobre suporte social, narra ter bom relacionamento com marido e filhos, que possui, ainda, algumas amigas na vizinhança. E, sempre que possível, costuma passear no shopping ou no clube, como atividade de lazer.

Refere que, quando não sente bem por algum motivo, ela recebe ajuda principalmente dos familiares, mas que essa ajuda vem com alguma demora, pois acreditam que ela está alcoolizada.

Quanto ao sistema de saúde, ela relata que nunca teve problemas com os profissionais da unidade, mas que se incomoda com a demora em agendamento de consultas e que a falta de resolutividade acerca da enxaqueca é algo que a deixa insatisfeita. Outra queixa é precisar repetir as mesmas histórias para todos os profissionais de saúde.

Caso Clínico 2 – Paciente Complexo com pontuação entre 21 e 30

Catarina (CAT), 60 anos, viúva, reside sozinha e tem quatro filhos que moram em cidades da região. Possui dois irmãos que moram próximo, mas que só mantém contato quando a paciente está em crise. Paciente buscou a unidade de saúde para consulta de rotina com o médico.

Paciente obesa, com dificuldade para caminhar, relata que possui diagnóstico de hipertensão, asma e diabetes e faz tratamento desde que foi diagnosticada.

Há alguns anos, começou a sentir dores incapacitantes nas costas e pernas, nas quais ainda não conseguiu um diagnóstico e, por consequência, não faz tratamento; relata que os médicos não a encaminham para fazer exames e nem para outros médicos especialistas.

Queixa-se, ainda, que em alguns dias as dores são tão fortes que ela não consegue realizar as atividades diárias, como lavar roupa e limpar a casa, sendo necessário ficar deitada o dia todo até as dores passarem. Relata também que, se não fosse pelos irmãos, sua casa ficaria todos os dias bagunçada.

Paciente frequenta a unidade de saúde há muitos anos e, apesar de já ter mencionado as dores para os profissionais, não confia que eles irão encaminhá-la para o ortopedista. Deste modo, nas consultas, paciente não relata a real intensidade das dores e nem a relação com as atividades diárias.

Paciente relata que há cinco anos foi diagnosticada com depressão, ansiedade e esquizofrenia paranoide, apresentando choro fácil, com dificuldade de se controlar ao lembrar das situações cotidianas. Relata também que, quando está em crise emocional, não consegue fazer as atividades diárias, como cozinhar, limpar a casa e, às vezes, esquecendo-se de fazer a higiene pessoal.

O médico da unidade prescreveu Haloperidol, contudo, Catarina não está fazendo uso do medicamento por não achar necessário, dizendo que não quer ser taxada como “louca” pelos familiares. Para hipertensão, asma e diabetes, ela afirma seguir as orientações do médico à risca. Apesar disso, paciente acredita que nunca irá melhorar sua condição de saúde, tanto física quanto emocional.

A única fonte de renda da paciente é o LOAS, benefício continuado do governo que recebe devido ao diagnóstico de transtorno mental, e passa o dia todo sentada no sofá sem nenhum tipo de atividade de lazer.

Quando questionada sobre suas amizades e rede social, ela conta que não mantem contato com os vizinhos e não confia nas pessoas, preferindo permanecer sozinha por, no passado, ter sofrido com muitas decepções com amigos e familiares. Contudo, sempre pode contar com seus irmãos, que se dispõem prontamente em ajudar no momento de crise, apesar de ser a única hora que conversa com eles.

Constantemente, Catarina se queixa da demora dos atendimentos, principalmente para marcar exames e conseguir vagas para as consultas. Uma de suas maiores tristezas com os profissionais da unidade é perceber que estes associam suas dores nas costas e pernas com suas demandas psiquiátricas e, apesar de já ter dito para todos que sente dores, nenhum acredita nela a ponto de fazer o encaminhamento.

Paciente afirma só fazer tratamento na unidade de saúde e acredita que os profissionais não se comunicam, porque sempre tem que contar a mesma historia para todos os profissionais.

Caso Clínico 3 – Paciente Não Complexo com pontuação entre 10 e 20

Sr. Arnaldo, 50 anos. Viúvo residindo com dois filhos em casa própria. Diz ser autônomo, tendo uma renda que consegue manter seu estilo de vida. Relata ser alguém bastante festivo, gostando de sair com os amigos aos finais de semana para jogar bola e fazer churrascos.

Vai à unidade para consulta de rotina para monitoramento da hipertensão e diabetes e artrite nas mãos, recebendo tratamento para todas as suas doenças.

Diz que as dores da artrite, quando presentes, não o deixam fazer as atividades diárias, como cozinhar e limpar a casa, sendo necessária a ajuda de sua filha, que prontamente se habilita em auxiliá-lo. Fora essa dor que ocorre poucas vezes, ele não sente mais nada.

Paciente traz que fez uso de tabaco durante a juventude, mas que já há 20 anos não mais fuma.

Após a morte de sua esposa, há dez anos, entrou em um quadro de depressão, sendo diagnosticado pela equipe da unidade. Nesse período, sua tristeza era tão grande que não conseguia fazer nada durante o dia, permanecendo na cama a maior parte do tempo, mas desde o início do tratamento não teve mais sintomas e nem momentos de tristeza.

Diz fazer o seguimento corretamente para depressão, mas sabe que, às vezes, esquece o medicamento e pensa que um dia ou outro sem o remédio não afetará no seu tratamento.

Relata que só tem elogios à unidade de saúde, que a equipe o atende sempre muito bem, não demorando em marcar consultas, estando satisfeito com os diagnósticos e tratamentos. Além da unidade básica, ele também faz tratamento no ambulatório do hospital das clínicas para a artrite. Acredita que os profissionais da unidade básica conversam entre eles para resolver seu caso, afinal, o agente comunitário de saúde foi até sua residência levar um encaminhamento médico e orientações da equipe, no entanto, não acredita em uma comunicação entre a equipe do HC e a unidade básica.

Caso Clínico 4 – Paciente não Complexo com pontuação <10

Pedro (PFG), sexo masculino, 30 anos, vai à unidade para consulta com o dentista. Solteiro, sem filhos, reside com a mãe em casa própria, bem próximo à unidade de saúde.

Traz que não tem nenhuma doença, que fez os últimos exames há dois meses sem nenhuma alteração. Não faz uso de nenhuma medicação.

Relata, apenas, a perda dos dentes por uma infecção na gengiva. Mas descreve que, após o tratamento feito na unidade, não teve nenhuma intercorrência, não afetando seu dia a dia, mantendo os cuidados de saúde bucal e as orientações do dentista em prática. Menciona que,

apesar de seguir todas as recomendações de saúde, a única dificuldade é não conseguir parar de fumar.

Em relação ao seu estado emocional, ele diz ser bastante calmo, alegre e que utiliza sua religião como apoio nas situações difíceis.

Ele está desempregado e declara não ter atividades de lazer. Refere ter muito amigos, principalmente da igreja, mas quando procura ajuda sente que há algumas demoras.

Apesar de fazer apenas consultas de rotina, sente que existe uma lentidão para o agendamento, mas que, mesmo assim, sempre consegue tratamento na unidade. O seu relacionamento com os profissionais de saúde é muito bom, pois diz que já faz acompanhamento ali há muitos anos e que todos conhecem seu caso, tanto é que, em uma consulta de rotina, o médico comentou sobre a evolução do tratamento dentário.

4.6 Coleta de Dados

Os participantes que disponibilizaram o contato por email durante o treinamento e aceitaram participar da nova etapa da pesquisa foram alocados em uma planilha do Excel e foi realizado um sorteio às cegas com a finalidade de separá-los em grupos de casos clínicos. Assim, cada participante deveria pertencer a um grupo com dois casos clínicos com diferentes níveis de complexidade.

Os grupos são descritos a seguir:

- Grupo 1: Caso Clínico 1 (complexidade > 30) e Caso Clínico 4 (complexidade < 10);
- Grupo 2: Caso Clínico 2 (complexidade entre 20 a 30) e Caso Clínico 3 (complexidade entre 10 a 20);
- Grupo 3: Caso Clínico 1 (complexidade > 30) e Caso Clínico 3 (complexidade entre 10 a 20);
- Grupo 4: Caso Clínico 3 (complexidade entre 10 a 20) e Caso Clínico 4 (complexidade < 10);

A partir da elaboração de um *Survey* público, o link (https://redcap.fmrp.usp.br/surveys/?s=LEX8DN8JEE) foi disponibilizado por email aos participantes. Os questionários do *Survey* foram disponibilizados aos participantes na seguinte sequência:

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E);

2) Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE B);
3) Primeiro Caso Clínico e o INTERMED (ANEXO 2);
4) Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (APÊNDICE C)
5) Segundo Caso Clínico e o INTERMED
6) Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular (APÊNDICE C)
7) Questionário sobre aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na APS (APÊNDICE D).

Os dados do estudo foram coletados e gerenciados usando REDCap (Research Electronic Data Capture) (HARRIS et al., 2009, 2019), ferramenta de captura de dados de plataforma de software baseada na web, hospedada na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Departamento de Medicina Social) - https://research.fmrp.usp.br/.

4.7 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão) para os dados oriundos do Questionário Sociodemográfico, Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular e Questionário sobre aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na APS através do software IBM SPSS Statistics versão 24 (2016). Para análise das questões abertas, as respostas foram lidas por dois pesquisadores de maneira independente. Após a leitura do material, cada pesquisador agrupou as respostas obtidas considerando as semelhanças e, quando aplicável, criou categorias descritivas para inserção das informações. Após a finalização dessa etapa, os pesquisadores se reuniram para avaliar as semelhanças e discrepâncias em relação a análise realizada, e após obtenção de um consenso a análise foi finalizada.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

Foi solicitada autorização, em 17 de maio de 2018, para a Comissão de Avaliação Projetos de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde, em relação à anuência para o desenvolvimento da pesquisa nos serviços de atenção primária à saúde do município de Ribeirão Preto- SP. A resposta (ANEXO 3) foi obtida em 21 de agosto de 2018, com anuência para desenvolvimento da pesquisa nas dependências de suas unidades: UBS Dom Mielle, USF

Eugênio Lopes, UBS Vila Albertina, UBS Vila Recreio, UBS PresidenteDutra, USF Portal do Alto, UBS Campos Elíseos, CSE Vila Tibério, UBS João Rossi e Núcleos de Saúde da Família NSF 2, NSF 3, NSF4, NSF 5 E NSF 6. As unidades NSF 1, UBS Jardim São José e UBS José Sampaio não concordaram com o desenvolvimento do projeto em suas unidades. Em seguida, foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 07/08/2020 com CAAE: 23988919.0.0000.5393 e parecer: 4.258.360.

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e importância do estudo. As entrevistas foram realizadas através de um Survey Online e os instrumentos preenchidos de forma que os entrevistados não fossem identificados. Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa leram e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), dando anuência no prosseguimento da pesquisa. A responsável pela pesquisa ficou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o projeto ou etapas da pesquisa, constando em cada cópia do TCLE o telefone de contato da mesma. Nesse estudo, foram obedecidas as orientações conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

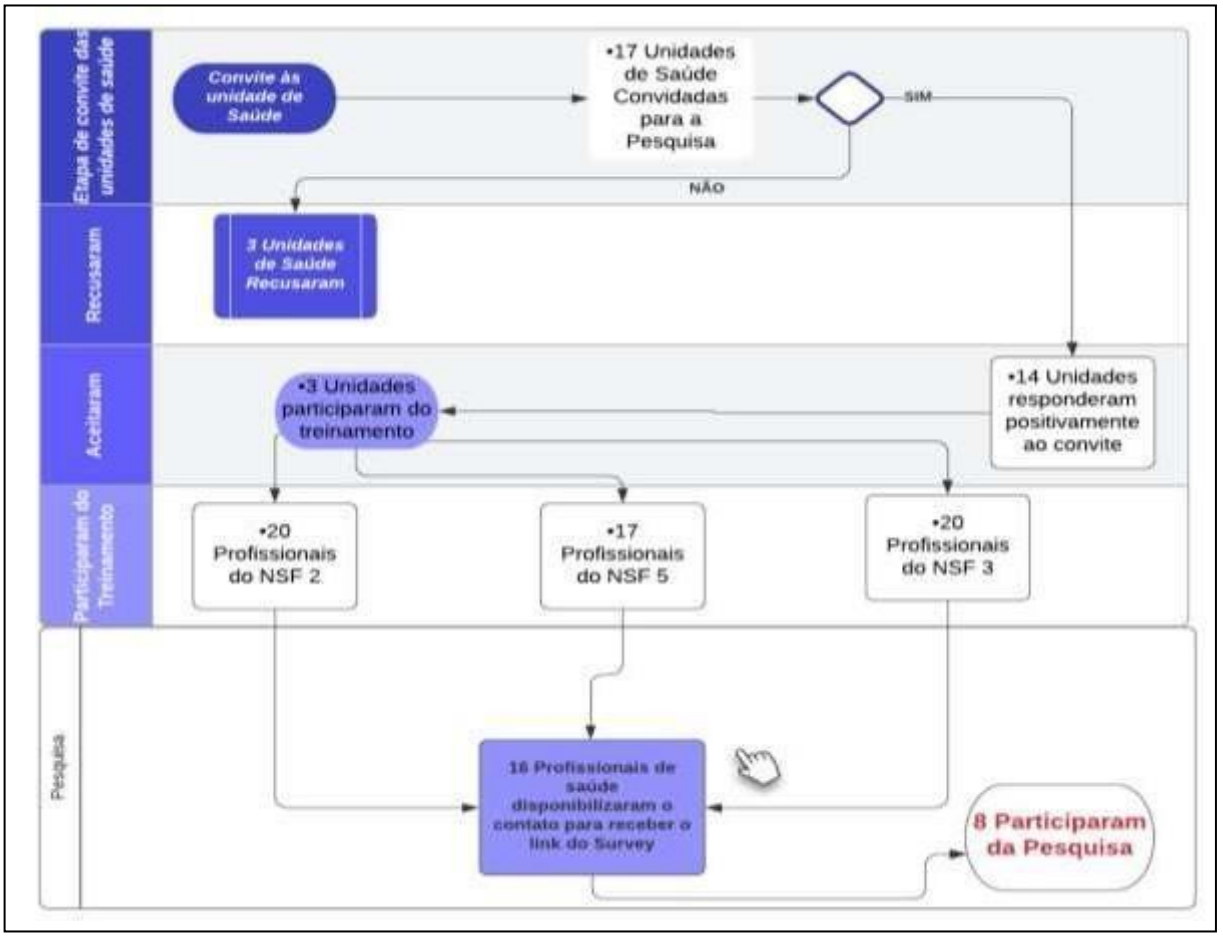
5. RESULTADOS

5.1 Treinamento para aplicação do INTERMED

O treinamento para aplicação do INTERMED foi ofertado a 57 profissionais de saúde que atuavam nos NSF 2 (20), 3 (20) e 5 (17) no período de dezembro de 2019 a março de 2020. Entre os participantes, foram incluídos gerentes das unidades, médicos contratados e residentes de medicina em saúde da família, enfermeiros, técnicos em enfermagem, residentes multiprofissionais (dentistas, psicólogos e fisioterapeutas), agentes comunitários de saúde e estudantes do quinto ano do curso de graduação em enfermagem.

Dos 57 profissionais que participaram do treinamento, 16 concordaram em disponibilizar o email para a segunda etapa da pesquisa e apenas oito aceitaram participar da pesquisa. O fluxograma 2 apresenta as etapas percorridas para definição dos participantes:

Fluxograma 2 - Processo desde o convite até a quantidade final de participantes



Fonte: Próprio autor (2021)

O principal motivo relacionado à recusa para participar da pesquisa foi a falta de tempo sinalizada pelos profissionais pela dificuldade de incluir na rotina a análise dos casos clínicos e pela incompatibilidade entre participar da pesquisa e lidar com as demandas impostas pela pandemia.

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes (n=8). A maioria era do sexo feminino (75%), com média etária de 39,88 anos (DP=5,96), era médico ou enfermeiro, tinha pós-graduação e atuava há mais de 15 anos na unidade.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2021

Itens	**Variáveis**	**Frequência/Média**
Idade		39.8 (±5.96)
Gênero	Feminino	6 (75.0%)
	Masculino	2 (25.0%)
Formação	Médico	3 (37.5%)
	Enfermeiro	3 (37.5%)
	Técnico de Enfermagem	1 (12.5%)
	Agente Comunitário de Saúde	1 (12.5%)
Pós Graduação	Sim	5 (62.5%)
	Não	3 (37.5%)
Tempo de atuação na unidade	Até 1 ano	2 (25.0%)
	Entre 1 a 5 anos	0 (0.0%)
	Entre 5 a 10 anos	2 (25.0%)
	Entre 10 a 15 anos	1 (12.5%)
	> 15 anos	3 (37.5%)

Fonte: REDCcap (2021)

A maioria dos participantes (75%) informou ter obtido uma compreensão parcial do INTERMED, indicando necessidade de mais treinamento para poder aplicá-lo sozinho. Em relação aos diferentes domínios do INTERMED, o psicológico foi apontado como o que mais necessita de treinamento para ser pontuado e 75% dos profissionais relataram dúvidas referentes à forma de pontuar as variáveis do INTERMED em pelo menos 10 variáveis (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sobre treinamento do INTERMED. Ribeirão Preto, de dezembro 2019 a março de 2020

Questões	Respostas	Frequência (%)
Conseguiu compreender e preencher o INTERMED?	Compreendeu o INTERMED e se sente seguro para preencher sozinho	2 (25%)
	Compreendeu o INTERMED, mas precisa de mais treinamento para preenchimento sozinho	6 (75%)
	Não compreendeu o INTERMED e não consegue preencher sozinho	0 (0%)
Quais domínios do INTERMED acredita ser necessário mais treinamento?	Biológico	2 (25%)
	Psicológico	4 (50%)
	Social	2 (25%)
	Sistema de Saúde	2 (25%)
	Nenhum	2 (25%)
Possui dúvidas em como pontuas o INTERMED?		1 (12.5%)
	Dúvidas em menos de 10 variáveis	6 (75%)
	Dúvidas em mais de 10 variáveis	1 (12.5%)

Fonte – Próprio autor (2021)

Em relação ao treinamento, os participantes sugeriram a inclusão de mais simulações e o oferecimento de supervisões: “Acredito que mais casos discutidos” (P1), “Mais exemplos e mais orientação e supervisão” (P3), “Mais casos sobre cada domínio e supervisão” (P4), “Com mais discussão de casos clinicos” (P5).

Todos os profissionais relataram ser possível incluir INTERMED na rotina do serviço, embora 62.5% informaram acreditar que o instrumento não possibilite a aquisição de novas informações sobre os pacientes (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados sobre a aplicabilidade do INTERMED. Ribeirão Preto, 2021

Questões	Respostas	Frequência
Acredita que o INTERMED oferece informações novas?	Sim	3 (37.5%)
	Não	5 (62.5%)
Acredita que o INTERMED pode ser incluído na rotina?	Sim	8 (100%)
	Não	0 (0%)

Fonte – Próprio autor (2021)

Em relação à aplicabilidade do INTERMED na rotina clínica, três categorias emergiram a partir das respostas dos participantes:

1. Motivos para utilização do INTERMED.

Os participantes apontaram a importância da inclusão de um instrumento com enfoque biopsicossocial e centrado na pessoa na rotina de trabalho para a construção do PTS, a necessidade de possuir uma ferramenta para direcionar a entrevista com o paciente e com a garantia de neutralidade na avaliação: "Precisa de uma ferramenta para saber como perguntar junto o paciente" (P1) e

> "Sim, o fato de dividir em componentes social, biológico, psicológico e sistema de saúde ajuda a escolhermos melhor quais às famílias levaremos ao PTS e porque tendo um instrumento para isso é não baseado no achismo ou preferências da equipe. Isso na minha opinião é o ponto mais importante" (P5).

Além disso, um participante apontou que o instrumento deveria ser respondido anteriormente a consulta médica para otimizar o tempo de trabalho da equipe durante o atendimento: "Seria interessante que o paciente já chegasse à consulta médica com o questionário respondido, devido ao curto tempo disponível para a consulta médica" (P6).

Outro informou que o instrumento deveria ser priorizado apenas para o direcionamento dos casos mais graves:

> "Acho que vale a pena como uma ferramenta a mais, mas que não que seria necessária para todos os casos. [...] As informações em si não são difíceis de serem encontradas num paciente que esteja bem de saúde no sentido amplo. Essas informações são mais difíceis de serem encontradas em pacientes com muitos problemas de saúde ou naqueles que exista um problema muito descontrolado e que deixa sua situação muito disfuncional. Nesses pacientes que são mais complexos uma ferramenta como a da pesquisa ajuda a enxergar essas informações que nesses casos são difíceis de visualizar" (P8).

2. Necessidades identificadas para a inserção do INTERMED na rotina de trabalho:

Os participantes destacaram que, para a inserção do INTERMED na rotina de trabalho, seria interessante que o instrumento fosse informatizado: "Questionário informatizado" (P2), que houvesse uma determinação de instâncias superiores como a Secretaria Municipal de Saúde ou mesmo o Ministério da Saúde para sua utilização: "Ser aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde, e talvez até pelo ministério, caso contrário tem grande chance de ter pouca adesão

em sua utilização.” (P3) e aumentar o número de utilização (práticas): “Compreender e praticar mais o instrumento” (P7).

3. Opinião dos profissionais sobre o INTERMED:

Alguns participantes relataram a importância de ter conhecido o instrumento, do seu potencial para a construção do PTS e que pretendem colocá-lo em prática: “Foi muito bom conhecer esse instrumento e ver como colocar ele em prática no dia a dia (P1)” e “Gratidão por olhar para atenção primária e se importar com a saúde. Pois a saúde fica sempre pra depois. Obrigado” (P4).

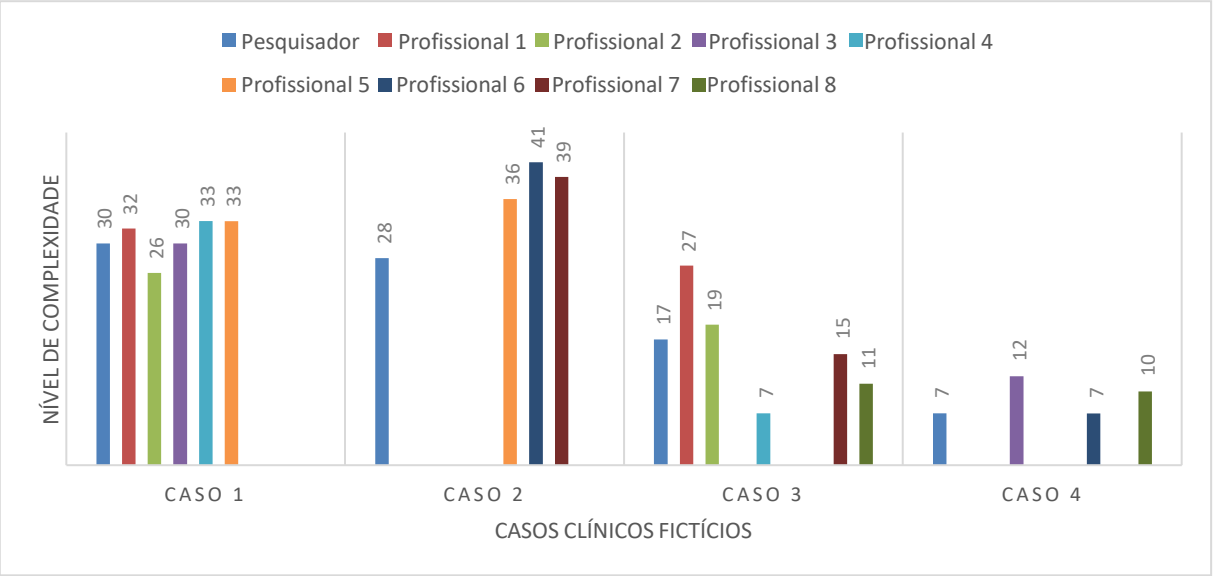
Por outro lado, outros participantes informaram que o instrumento é longo e complexo para a inserção na rotina diária: “Achei o instrumento muito longo e complexo” (P2) e Acho o questionário maravilhoso, mas muito complexo para a prática do dia a dia. Assemelha-se muito ao PTS e nos ajuda a fazer o PTS. Porém, não consigo visualizar a inserção dele na prática” (P5).

5.2 Classificação do nível de complexidade de casos clínicos ficticios utilizando o INTERMED e a elaboração do PTS

A Figura 1 apresenta os resultados da comparação entre a pontuação do escore total do INTERMED realizada pelos participantes e a esperada pelos pesquisadores (padrão ouro). É importante destacar que os Casos Clínicos 1 e 2 eram considerados complexos e os Casos Clínicos 3 e 4 sem complexidade conforme pontuação determinada pelos pesquisadores. No Caso Clínico 1 apenas um profissional atingiu 30 pontos no escore total, no Caso Clínico 2 todos os profissionais obtiveram uma pontuação maior que 28 pontos (padrão ouro) no escore total, no Caso Clínico 3 um dos participantes classificar o caso como complexo pois totalizou 27 pontos na somatória do escore total, no Caso Clínico 4 um dos profissionais atingiu a pontuação esperada pelos pesquisadores.

Cabe ressaltar que embora a pontuação do escore total obtida por alguns profissionais tenha o mesmo valor da determinada pelos pesquisadores pode haver divergências na pontuação das variáveis dos quatro domínios que devem ser exploradas para a construção do PTS.

Figura 1 - Comparação entre scores esperados pelos pesquisadores e profissionais de saúde por caso clinico



Fonte: Próprio autor (2021)

Os resultados referentes as pontuações obtidas em cada variável do INTERMED pertencente aos quatro domínios e os dados do PTS foram apresentados considerando cada Caso Clínico fictício conforme sequencia a seguir:

1) Comparação entre as pontuações obtidas em cada variável do INTERMED pertencente aos quatro domínios considerando a escala ancorada de zero (sem vulnerabilidade/ apenas educação em saúde) a três (severa vulnerabilidade/ ações e tratamentos imediatos) realizada pelos participantes e a esperada pelos pesquisadores (padrão ouro);
2) Comparação entre o PTS elaborado pelos participantes e o esperado pelos pesquisadores (padrão ouro);
3) Análise das respostas abertas sobre o PTS.

5.1.1 Análise do Caso Clínico 1

A tabela 4 apresenta a pontuação dos participantes em relação a cada variável dos quatro domínios do INTERMED e a pontuação esperada pelos pesquisadores. Apenas as variáveis situação social, condição no domicílio e vulnerabilidade social pertencentes ao domínio social foram pontuadas por todos os participantes da forma esperada.

Tabela 4 - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 1, considerando asa variáveis de cada domínio, Ribeirão Preto, 2021

Domínios	Histórico	Estado Atual	Prognóstico
Biológico	**Cronicidade** **2** (2) (1) (2) (2) (0) * **Dilema Diagnóstico** **1** (3) (2) (3) (3) (3)	**Gravidade dos Sintomas** **2** (1) (2) (2) (2) (2) **Desafio Diagnóstico** **2** (2) (2) (2) (3) (3)	**Ameaça à Vida** **1** (1) (2) (1) (2) (2)
Psicológico	**Barreiras de Enfrentamento** **2** (2) (3) (3) (1) (2) **Disfunção Psiquiátrica** **2** (2) (2) (1) (2) (2)	**Aderência ao tratamento** **3** (3) (2) (3) (1) (1) **Estado Emocional** **2** (2) (2) (3) (2) (2)	**Ameaça à Saúde Mental** **2** (2) (1) (2) (1) (2)
Social	**Trabalho e Lazer** **3** (2) (0) (0) (2) (2) **Situação Social**** **1** (1) (1) (1) (1) (1)	**Condição no Domicílio**** **1** (1) (1) (1) (1) (1) **Rede de Apoio Social** **0** (1) (1) (1) (1) (2)	**Vulnerabilidade Social**** **1** (1) (1) (1) (1) (1)
Sistema de Saúde	**Acesso ao Serviço** **1** (1) (1) (2) (0) (1) **Experiência ao Tratamento** **0** (2) (0) (0) (1) (2)	**Organização do Cuidado** **2** (1) (2) (2) (2) (2) **Coordenação do Cuidado** **1** (1) (0) (0) (2) (1)	**Impedimento do Acesso e Cuidado** **1** (1) (0) (0) (3) (1)
Legenda			
Valor = **0 Sem vunerabilidade/ apenas educação em saúde**	**Valor =** **1 Baixa vunerabilidade/ monitoramento ou prevenção**	**Valor =** **2 Média vulnerabilidade/ inclusão em Plano de Cuidado**	**Valor =** **3 Alta vulnerabilidade/ tratamento imediato ou intensivo**

O valor em negrito representa a pontuação do pesquisador como padrão ouro
* Os valores entre ( ) representam a pontuação de cada participante

Para os pesquisadores o Caso Clínico 1 deveria ser elegível para o PTS, os domínios biológico e psicológico deveriam ser enfatizados, a conduta de encaminhamento deveria priorizar otimização do encaminhamento ao neurologista, e o reforço com a paciente para o entendimento da importancia em frequentar o CAPS AD , também é sugerido o encaminhamento para psicólogos e psiquiatras para uniformizar medicações e um olhar para o transtorno de ansiedade (médico especilista e profissionais não médicos especialistas), o contato da equipe com a familia também é um ponto importante para que esse núcleo familiar fique sincronizado com a equipe de saúde e auxilie como rede de apoio (familiares), a reavaliação prevista deve ser de, no máximo um mês; o acompanhamento deve ser realizado por meio de consultas e visitas domiciliares e o profissional de acompanhamento dever ser ACS, enfermeiro,médico e se presente na equipe, psicólogo (Visita domiciliar ACS, visita domiciliar

equipe multiprofissional, médico e enfermagem).

As respostas dos participantes em relação aos itens do PTS para o Caso Clínico 1 estão descritas na Tabela 5. Todos os participantes informaram ser importante considerar os domínios psicológico e social na construção do PTS. Além disso, todos encaminhariam o caso para profissionais não médicos especializados, buscariam contato com a família, com previsão de reavaliação de, no máximo, um mês, com acompanhamento a ser realizado tanto por consultas quanto por visitas domiciliares e o ACS seria selecionado para ser o gerente de caso.

Tabela 5 - - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 1. Ribeirão Preto, 2021

Itens	Respostas	Frequência (n= 5)*
Diagnóstico do paciente/PTS	Complexo/ PTS em todos os domínios	2 (40%)
	Complexo/ PTS em alguns domínios	3 (60%)
Domínios no PTS	Biológico	3 (60%)
	Psicológico	**5 (100%)**
	Social	**5 (100%)**
	Sistema de Saúde	3 (60%)
Conduta de encaminhamento	Manteria apenas na APS	3 (60%)
	Médico especialista	4 (80%)
	Profissionais não médicos especialistas	**5 (100%)**
	Serviços de Urgência/Emergência	
	Assistência Social	0 (0%)
		2 (40%)
Contato	Ninguém	0 (0%)
	Familiares	**5 (100%)**
	Vizinhos	3 (60%)
	Comunidade	1 (20%)
	Pessoas do trabalho do paciente	2 (40%)
Reavaliação	**Máximo 1 mês**	**5 (100%)**
	Máximo 3 meses	0 (0%)
	Máximo 6 meses	0 (0%)
	Máximo 12 meses	0 (0%)
Acompanhamento	Via telefone	2 (40%)
	Consulta	**5 (100%)**
	Visita Domiciliar ACS	**5 (100%)**
	Visita Domiciliar outros profissionais	4 (80%)
	Via whatsapp	1 (20%)
	Via email	0 (0%)
Profissional de acompanhamento	Auxiliar de Enfermagem	4 (80%)
		5 (100%)
		4 (80%)
	Médico	4 (80%)
	Outro (equipe multiprofissional)	3 (60%)

Fonte – próprio autor (2021)

* Referente ao número de profissionais que preencheram o PTS desse caso clínico

Nas questões abertas sobre as metas a serem realizadas pela equipe sem a participação do paciente, os profissionais acreditam que o trabalho multi e interdisciplinar deve ser priorizado na elaboração do cuidado:

"Envolvimento da Equipe de Saúde como um todo de maneira multiprofissional e interdisciplinar" (P2) e que, no plano, a adesão medicamentosa e o incentivo à participação em grupos terapêuticos devem ser considerados: "Uso da medicação conforme orientações médicas, não usar medicação sem orientações médicas; Participar dos grupos que acontecem nas unidades de saúde, que poderia ajudar ela." (P4) e "Gostaria que esse paciente fizesse uma adesão às medicações, tratamento médico, grupos de terapias e psicólogo." (P5).

Em relação às metas a serem realizadas entre a equipe e o paciente, os participantes pontuaram a necessidade de uma escuta qualificada, da elaboração do genograma:

"Escuta qualificada do paciente, realização de genograma para melhora compreender a situação familiar" (P1), compreensão do histórico de vida e saúde do paciente (rotinas, uso de substâncias e medicamentos, lazer), identificação do suporte social: "Fazendo as visitas, conhecendo as pessoas que moram com ela, quais são a rede de apoio, onde se sente segura, lazer, o que ela gosta de fazer e a traçar junto com a paciente adesão nela no tratamento." (P4)

> "Penso que o paciente pode contribuir de maneira mediana, auxiliando a equipe relatando seu histórico de vida e de saúde da maneira mais fiel possível, trazendo familiares e amigos para demonstrar qual o suporte familiar e a rede de apoio que esta senhora tem, relatando rotinas de vida, uso de substancias e uso de medicações." (P2).

Também elencaram sobre a importância de buscar o conhecimento/entendimento do paciente sobre sua situação para estabelecer uma proposta de educação em saúde e, desse modo, fortalecer o seu protagonismo no processo de cuidado e adesão ao tratamento:

> "A paciente pode contribuir falando mais das suas impressões sobre o que entende sobre sua dor, o que acha que pode ser. Qual a expectativa que a mesma tem para que a equipe de atenção primária possa capacita-lá em relação a isso, possa empondera-lá de que sua dor pode estar relacionada a algo muito mais simples do que ela imagina" (P3).

5.1.2 Análise do Caso Clínico 2

A tabela 6 apresenta a pontuação dos participantes em relação a cada variável dos quatro domínios do INTERMED e a pontuação esperada pelos pesquisadores. Apenas as variáveis gravidade dos sintomas pertencente ao domínio biológico, disfunção psiquiátrica pertencente ao domínio psicológico, vulnerabilidade social pertencente e impedimento do acesso e cudado referente ao domínio sistema de saúde foram pontuadas por todos os participantes da forma esperada.

Tabela 6 - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 2 considerando as variáveis de cada domínio. Ribeirão Preto, 2021

Domínios	Histórico	Estado Atual	Prognóstico
Biológico	**Cronicidade** **3** (3) (2) (3) * **Dilema Diagnóstico** 1 (2) (3) (3)	**Gravidade dos Sintomas** **2** (2) (2) (2) **Desafio Diagnóstico** **1** (1) (3) (2)	**Ameaça à Vida** 1 (2) (2) (3)
Psicológico	**Barreiras de Enfrentamento** **3** (1) (3) (1) **Disfunção Psiquiátrica** **2** (2) (2) (2)	**Aderência ao tratamento** 1 (2) (3) (3) **Estado Emocional** **2** (3) (2) (2)	**Ameaça à Saúde Mental** 1 (3) (2) (3)
Social	**Trabalho e Lazer** 1 (1) (3) (1) **Situação Social** **3** (2) (3) (3)	**Condição no Domicílio** 1 (1) (1) (2) **Rede de Apoio Social** **0** (1) (0) (2)	**Vulnerabilidade Social** 1 (2) (2) (2)
Sistema de Saúde	**Acesso ao Serviço** 1 (2) (1) (1) **Experiência ao Tratamento** 1 (1) (2) (1)	**Organização do Cuidado** **0** (1) (2) (0) **Coordenação do Cuidado** **2** (2) (1) (1)	**Impedimento do Acesso e Cuidado** 1 (2) (2) (2)
Legenda			
Valor = **0 Sem vunerabilidade/ apenas educação em saúde**	**Valor =** **1 Baixa vunerabilidade/ monitoramento ou prevenção**	**Valor =** **2 Média Vulnerabilidade/ inclusão em Plano de Cuidado**	**Valor =** **3 Alta vulnerabilidade/ tratamento imediato ou intensivo**

O valor em negrito representa a pontuação do pesquisador como padrão ouro
* Os valores entre ( ) representa a pontuação de cada participante

Para os pesquisadores o Caso Clínico 2 deveria ser elegível para o PTS, todos os domínios deveriam ser enfatizados, a conduta de encaminhamento deveria priorizar o atendimento psicoloógico e biológico, com ênfase para ortopedista (médico especialista), o

contato com os irmãos deveria acontecer para alinhamento das redes de apoio com equipe de saúde(família), a reavaliação prevista deve ser de, no máximo, um mês; o acompanhamento deve ser realizado por meio de consultas e visitas domiciliares e o profissional de acompanhamento dever ser o ACS, Terapeuta ocupacional, pscicologo, fisioterapeuta e médico (Visitas domiciliares ACS, equipe multiprofissional, enfermeiro e médico). Em relação aos resultados obtidos pelos participantes, houve um consenso sobre a importância de considerar os domínios biológico e psicológico na elaboração do PTS. Todos encaminhariam o paciente para um médico especialista, buscariam contato com a família, com reavaliaçao dentro de um mês, com acompanhamento a ser realizado por meio de consultas e pontuaram como profissionais de referência o ACS, o enfermeiro e o médico (Tabela 7).

Tabela 7 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 2. Ribeirão Preto, 2021

Itens	Respostas	**Frequência (n = 3)***
Diagnóstico do paciente/PTS	Complexo/ PTS em todos os domínios	1 (33.3%)
	Complexo/ PTS em alguns domínios	2 (66.7%)
Domínios no PTS	**Biológico**	**3 (100%)**
	Psicológico	**3 (100%)**
	Social	2 (66.7%)
	Sistema de Saúde	2 (66.7%)
Conduta de encaminhamento	Manteria apenas na APS	1 (33.3%)
	Médico especialista	**3 (100%)**
	Profissionais não médicos especialistas	2 (66.7%)
	Serviços de Urgência/Emergência	0 (0%)
	Assistência Social	1 (33.3%)
Contato	Ninguém	0 (0%)
	Familiares	**3 (100%)**
	Vizinhos	1 (33.3%)
	Comunidade	1 (33.3%)
	Pessoas do trabalho do paciente	0 (0%)
Reavaliação	**Máximo 1 mês**	**3 (100%)**
	Máximo 3 meses	0 (0%)
	Máximo 6 meses	0 (0%)
	Máximo 12 meses	0 (0%)
Acompanhamento	Via telefone	1 (33.3%)
	Consulta	**3 (100%)**
	Visita Domiciliar ACS	2 (66.7%)
	Visita Domiciliar outros profissionais	3 (100%)
	Via whatsapp	1 (33.3%)
	Via email	0 (0%)

Continuação – Tabela 7 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 2. Ribeirão Preto, 2021

	Auxiliar de Enfermagem	2 (66.7%)
Profissional de acompanhamento		**3 (100%)**
		3 (100%)
	Médico	**3 (100%)**
	Outro (equipe multiprofissional)	2 (66.7%)

Fonte – Próprio autor (2021)
* Referente ao número de profissionais que preencheram o PTS desse caso clínico

Segundo os participantes, as metas a serem realizadas pela equipe sem a participação do paciente devem incluir propostas de ações biopsicossociais e centradas na pessoa: "Diagnóstico e tratamenro adequado para as dores nas pernas (biológico); grupos de apoio para melhora do autocuidado e autoestima (psicologico)" (P2).

Com um detalhamento mais profundo dos domínios, o P(1) referiu especificamente sobre cada domínio:

Biológico:

> "Biológico: tentar compreender melhor o diagnóstico das dores nas costas do paciente [...], solicitar algum exame após essa avaliação se necessário e encaminhar o paciente caso seja preciso orientando sobre o processo de encaminhamento parar não trazer muita expectativa [...]. Além disso, confirmar o uso regular das demais medicações dos outros problemas de saúde [...]" (P1).

Psicológico:

> "Psicológico: tentar psicoeducar o paciente sobre o seu problema de saúde psiquiátrico tentando sempre entender o nível de compressão e barreiras que a paciente teria sobre [...], além de desmistificar a relação com medicações psicotrópicas e loucura [...], pensar em encaminhar paciente a algum serviço de reabilitação social na unidade como grupo" (P2).

Social:

> "Social: nesse ponto, o final da anterior já traz para esse assunto, tentar inserir paciente em grupo de caráter mais de socialização se existir na unidade ou instituições que recebam o paciente e que contenham atividade que o paciente se interesse [...]. Acompanhar o benefício da paciente e fonte de renda" (P1).

Sistema de Saúde: "Sistema de saúde: tentar aumentar vínculo do paciente com equipe e deixar todos da equipe a par da condição de saúde e dificuldades do paciente [...], tentar orientar sobre o funcionamento da unidade [...]" (P1).

Em relação às metas a serem realizadas entre a equipe e o paciente, os profissionais remetem sobre a importância da participação ativa do paciente na construção do seu PTS e

respeito à autonomia para melhorar a adesão ao tratamento e o estreitamento de vínculos entre o paciente e a equipe: “Paciente com vínculo fragilizado. Necessita retomar confiança na equipe de saúde para assim iniciar o tratamento em saúde mental, o que pode contribuir para o autocuidado de modo geral.” (P2) e

> “O paciente pode ajudar muito na elaboração do Projeto Terapêutico, haja vista que o projeto envolve o seu cuidado e portanto sua adesão é fundamental, e se não usarmos a opinião do paciente na elaboração do Projeto a individualidade do projeto e portanto a adesão do paciente tendem a não ser boa. Como o paciente pode colaborar, acredito que cabe a equipe definir. Penso que o paciente em si poderia participar inclusive de reunião com a equipe, embora não acho essa a melhor maneira.” (P1).

Assim, um profissional sinalizou que a escolha de um profissional de referência para o caso pode auxiliar na adesão do tratamento e o estreitamento de vínculos:

> “Acredito que o paciente deva ser representado pelo ou pelos profissionais que mais o conhecem ou mais se vinculam a ele e portanto tendem a conhecê-lo melhor e bem como suas demandas no momento em que a equipe discuta o projeto.” (P1).

5.1.3 Análise do Caso Clínico 3

A tabela 8 apresenta a pontuação dos participantes em relação a cada variável dos quatro domínios do INTERMED e a pontuação esperada pelos pesquisadores. Apenas as variáveis trabalho e lazer e situação social pertencentes ao domínio social foram pontuadas por todos os participantes da forma esperada.

Tabela 8 - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 3 considerando as variáveis de cada domínio. Ribeirão Preto, 2021

Domínios	Histórico	Estado Atual	Prognóstico
Biológico	**Cronicidade** **3** (3) (3) (3) (3) (3) * **Dilema Diagnóstico** **1** (2) (1) (1) (1) (1)	**Gravidade dos Sintomas** **2** (2) (2) (2) (0) (2) **Desafio Diagnóstico** **1** (1) (1) (1) (0) (1)	**Ameaça à Vida** **1** (2) (2) (1) (1) (1)
Psicológico	**Barreiras de Enfrentamento** **2** (1) (1) (0) (0) (0) **Disfunção Psiquiátrica** **2** (2) (1) (0) (1) (1)	**Aderência ao tratamento** **1** (1) (1) (0) (0) (1) **Estado Emocional** **0** (2) (1) (0) (0) (2)	**Ameaça à Saúde Mental** **1** (1) (0) (0) (1) (0)
Social	**Trabalho e Lazer** **0** (0) (0) (0) (0) (0) **Situação Social** **0** (0) (0) (0) (0) (0)	**Condição no Domicílio** **1** (1) (1) (0) (0) (1) **Rede de Apoio Social** **0** (1) (0) (0) (0) (0)	**Vulnerabilidade Social** **0** (1) (1) (0) (0) (0)
Sistema de Saúde	**Acesso ao Serviço** **0** (0) (1) (0) (0) (0) **Experiência ao Tratamento** **0** (2) (0) (0) (0) (0)	**Organização do Cuidado** **1** (3) (1) (1) (0) (2) **Coordenação do Cuidado** **0** (1) (1) (1) (0) (0)	**Impedimento do Acesso e Cuidado** **0** (1) (1) (1) (0) (0)
Legenda			
Valor = **0 Sem vunerabilidade/ apenas educação em saúde**	**Valor =** **1 Baixa vunerabilidade/ monitoramento ou prevenção**	**Valor =** **2 Média Vulnerabilidade/ inclusão em Plano de Cuidado**	**Valor =** **3 Alta vulnerabilidade/ tratamento imediato ou intensivo**

O valor em negrito representa a pontuação do pesquisador como padrão ouro
* Os valores entre ( ) representa a pontuação de cada participante

Para os pesquisadores o Caso Clínico 3 deveria ser elegível para o PTS, o domínio biológico dever ser enfatizado, a conduta de encaminhamento deveria priorizar atendimento com a equipe da unidade de APS, o contato com os familiares também se faz importante a fim de alinhar a rede de apoio com a rede de atendimento em saúde, a reavaliação prevista deve ser de, no máximo, seis mês; o acompanhamento deve ser realizado por meio de consultas e visitas domiciliares e o profissional de acompanhamento dever ser equipe multiprofissional, médico e enfermagem. A maioria dos participantes não iria incluir o caso no PTS. Todos os profissionais concordaram em manter o paciente na APS e realizar o acompanhamento por meio de consultas, três buscariam o contato da família, e quatro fariam a reavaliação em no máximo, três meses, e pontuaram como profissional de referência o médico. (Tabela 9)

Tabela 9 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 3. Ribeirão Preto, 2021

Itens	Respostas	Frequência (n = 5)*
Diagnóstico do paciente/PTS	Não Complexo/ incluiria no PTS	1 (80%)
	Não Complexo/ não incluiria no PTS	4 (20%)
Domínios no PTS	Biológico	1 (20%)
	Psicológico	1 (20%)
	Social	1 (20%)
	Sistema de Saúde	1 (20%)
Conduta de encaminhamento	Manteria apenas na APS	**5 (100%)**
	Médico especialista	2 (40%)
	Profissionais não médicos especialistas	0 (0%)
	Serviços de Urgência/Emergência	0 (0%)
	Assistência Social	0 (0%)
Contato	Ninguém	1 (20%)
	Familiares	3 (60%)
	Vizinhos	1 (20%)
	Comunidade	0 (0%)
	Pessoas do trabalho do paciente	0 (0%)
	HC	1 (20%)
Reavaliação	Máximo 1 mês	0 (0%)
	Máximo 3 meses	4 (80%)
	Máximo 6 meses	1 (20%)
	Máximo 12 meses	0 (0%)
Acompanhamento	Via telefone	2 (40%)
	Consulta	5 (100%)
	Visita Domiciliar ACS	4 (80%)
	Visita Domiciliar outros profissionais	2 (40%)
	Via whatsapp	1 (20%)
	Via email	0 (0%)
Profissional de acompanhamento	Auxiliar de Enfermagem	1 (20%)
		1 (20%)
		1 (20%)
	Médico	2 (40%)
	Outro (equipe multiprofissional)	0 (0%)

Fonte – Próprio autor (2021)

* Referente ao número de profissionais que preencheram o PTS desse caso clínico

5.1.4 Análise do Caso Clínico 4

A tabela 10 apresenta a pontuação dos participantes em relação a cada variável dos quatro domínios do INTERMED e a pontuação esperada pelos pesquisadores. Apenas uma variável, gravidade dos sintomas, referente ao domínio biológico não foi pontuada por todos os participantes conforme esperado. As varíaveis barreiras de enfrentamento e estado emocial pertencentes ao domínio psicológico, trabalho e lazer e rede de apoio social pertencentes ao domínio social e experiência ao tratamento e coordenação do cuidado pertencentes ao domínio sistema de saúde foram pontuadas por todos os participantes da forma esperada.

Tabela 10 - - Comparação das respostas do pesquisador em relação as dos participantes para o Caso Clínico 4 considerando as variáveis de cada domínio. Ribeirão Preto, 2021

Domínios	Histórico	Estado Atual	Prognóstico
Biológico	**Cronicidade** **0** (0) (0) (0) * **Dilema Diagnóstico** **0** (0) (0) (0)	**Gravidade dos Sintomas** **0** (0) (0) (1) **Desafio Diagnóstico** **0** (0) (0) (0)	**Ameaça à Vida** **0** (0) (0) (0)
Psicológico	**Barreiras de Enfrentamento** **0** (0) (0) (0) **Disfunção Psiquiátrica** **0** (2) (0) (0)	**Aderência ao tratamento** **1** (1) (0) (1) **Estado Emocional** **1** (0) (0) (0)	**Ameaça à Saúde Mental** **0** (1) (0) (1)
Social	**Trabalho e Lazer** **3** (3) (3) (3) **Situação Social** **0** (1) (1) (0)	**Condição no Domicílio** **0** (1) (1) (1) **Rede de Apoio Social** **1** (1) (1) (1)	**Vulnerabilidade Social** **0** (1) (1) (0)
Sistema de Saúde	**Acesso ao Serviço** **1** (0) (0) (1) **Experiência ao Tratamento** **0** (0) (0) (0)	**Organização do Cuidado** **0** (1) (0) (0) **Coordenação do Cuidado** **0** (0) (0) (0)	**Impedimento do Acesso e Cuidado** **0** (0) (0) (1)
Legenda			
Valor = **0 Sem vunerabilidade/ apenas educação em saúde**	**Valor =** **1 Baixa vunerabilidade/ monitoramento ou prevenção**	**Valor =** **2 Média Vulnerabilidade/ inclusão em Plano de Cuidado**	**Valor =** **3 Alta vulnerabilidade /tratamento imediato ou intensivo**

O valor em negrito representa a pontuação do pesquisador como padrão ouro
* Os valores entre ( ) representa a pontuação de cada participante

Para os pesquisadores o Caso Clínico 4 não deveria ser elegível para o PTS, o paciente pode ser reavaliado em, no máximo, 12 meses, com acompanhamento nas consultas e visitas domiciliares. Dos três participantes, dois não incluiriam o paciente no PTS. Todos os profissionais iriam acompanhar com mais cuidado o domínio social e concordaram em manter o paciente na APS. Todos os profissionais foram pontuados como sendo o responsável pelo acompanhamento (Tabela 11).

Tabela 11 - Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 4. Ribeirão Preto, 2021

Itens	Respostas	Frequência (N = 5)*
Diagnóstico do paciente/PTS	**Não Complexo/ incluiria no PTS**	**2 (63.7%)**
	Não Complexo/ não incluiria no PTS	1 (33.3%)
Domínios no PTS	Biológico	0 (0%)
	Psicológico	0 (0%)
	Social	**3 (100%)**
	Sistema de Saúde	0 (0%)
Conduta de encaminhamento	**Manteria apenas na APS**	**3 (100%)**
	Médico especialista	1 (33.3%)
	Profissionais não médicos especialistas	0 (0%)
	Serviços de Urgência/Emergência	0 (0%)
	Assistência Social	2 (66.6%)
Contato	**Ninguém**	**2 (66.7%)**
	Familiares	0 (0%)
	Vizinhos	0 (0%)
	Comunidade	0 (0%)
	Pessoas do trabalho do paciente	0 (0%)
	Assistente social	1 (33.3%)
Reavaliação	Máximo 1 mês	0 (0%)
	Máximo 3 meses	1 (33.3%)
	Máximo 6 meses	1 (33.3%)
	Máximo 12 meses	1 (33.3%)
Acompanhamento	Via telefone	0 (0%)
	Consulta	**3 (100%)**
	Visita Domiciliar ACS	2 (66.7%)
	Visita Domiciliar outros profissionais	0 (0%)
	Via whatsapp	0 (0%)
	Via email	0 (0%)

Continuação Tabela 11- Respostas dos participantes aos itens do PTS do Caso Clínico 4. Ribeirão Preto, 2021

Profissional de acompanhamento	**Auxiliar de Enfermagem**	**3 (100%)**
	ACS	**3 (100%)**
	Enfermeiro	**3 (100%)**
	Médico	**3 (100%)**
	Outro (equipe multiprofissional)	0 (0%)

Fonte – Próprio autor (2021)
* Referente ao número de profissionais que preencheram o PTS desse caso clínico

6. DISCUSSÃO

No presente estudo, buscamos avaliar a aplicabilidade do INTERMED na classificação do nível de complexidade de casos clínicos fictícios e na elaboração do PTS por profissionais de saúde que atuam em serviços da APS. Tratou-se do primeiro estudo desenvolvido no contexto nacional com essa finalidade.

Cabe ressaltar que o presente estudo teve como proposta compreender se a classificação do nível de complexidade de casos clínicos fictícios, obtida por meio da utilização do INTERMED, pôde auxiliar a equipe de saúde da APS no desenvolvimento do PTS. Desta forma, o estudo buscou avançar no conhecimento dos possíveis benefícios da utilização do instrumento INTERMED na elaboração de um plano de cuidados abrangente e centrado na pessoa no contexto dos serviços de atenção primária.

Para possibilitar a elaboração do PTS pelos profissionais de saúde, considerando as etapas de diagnóstico, elaboração de hipóteses e metas, distribuição de responsabilidade e reavaliação, é necessário que a equipe de saúde receba treinamento para utilização de instrumentos capazes de realizar diagnósticos biopsicossociais e centrados na pessoa (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012). Nessa direção, para atingir aos objetivos da presente investigação, foi necessário organizar e proporcionar um treinamento sobre o instrumento INTERMED para os profissionais de saúde dos serviços de APS selecionados para o estudo. Assim, buscando aproximar os participantes de um cenário realístico, foram elaboradas simulações com casos clínicos fictícios que correspondessem com a descrição de pacientes reais atendidos nas unidades de saúde rotineiramente. A elaboração do treinamento seguiu preceitos importantes da literatura (BARRETO et al., 2014; MARTINS et al., 2012; MIZOI; UTIYAMA; FILHO, 2007) e considerou que aspectos teóricos e práticos articulados podem proporcionar aos profissionais habilidades para o aprendizado de novas atitudes e a execução imediata das tarefas (LEANDRO; BRANCO, 2011).

Os resultados do treinamento evidenciaram que 75% dos participantes compreenderam o INTERMED. Por outro lado, 75% dos profissionais relataram dúvidas em seu sistema de pontuação e, principalmente, em relação à classificação esperada para domínio psicológico.

Em relação ao treinamento do INTERMED, baseado na construção de uma educação interprofissional utilizando o instrumento como foco central para alcançar o *"Triple Aim"*, ou seja, melhorar a qualidade e experiência dos atendimentos e respostas ao cuidado tanto pela perspectiva do paciente quanto do profissional e diminuição dos custos do tratamento através de uma melhor organização e coordenação do sistema (BRANDT et

al., 2014), os profissionais de saúde sugeriram a utilização de uma aprendizagem baseada em casos (BARR; LOW, 2013) que facillita a aquisição de habilidades para melhoria do raciocínio clínico na tomada de decisão (diagnóstico biopsicossocial do paciente, intervenção, interação com o sistema e equipe e avaliação) no contexto dinâmico como APS e sistema de saúde na elaboração do PTS (HIGGS; JONES; LOFTUS, 2008).

Como citado na literatura, a apresentação de simulações, sejam elas através do uso de manequins, realidade virtual, sejam casos clínicos, permite que os estudantes e profissionais de saúde adquiram habilidades essenciais para a prática clínica em um ambiente seguro (BARR; LOW, 2013).

Assim, é importante considerar que o treinamento do INTERMED deve ser pautado em ações práticas com enfoque na compreensão na forma correta de pontuação do instrumento e nos aspectos biopsicossociais dos indivíduos com a finalidade de ampliar as habilidades de tomadas de decisões dos profissionais de saúde. Nessa direção, para a estruturação de futuros treinamentos para utilização do INTERMED, é importante refletir sobre a importância de incluir uma aprendizagem baseada em casos, oferecendo simulações que possibilitem a análise e a replicação das experiências reais em ambiente controlado (MIZOI; UTIYAMA; FILHO, 2007) e a supervisão, o que remete um processo de educação continuada que incentiva a melhoria do cuidado de forma prática e a reflexão do exercício profissional (CARVALHO; CHAVES, 2010; FERNANDES; MIYAZAKI; SILVARES, 2015). Além disso, o treinamento também deve considerar a educação interprofissional, permitindo que a equipe da APS possa aprender sobre determinado tema uns com os outros, contribuindo, desta forma, para uma prática colaborativa na elaboração do PTS a partir de análise de casos complexos pontuados pelo INTERMED (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Ao analisar sobre a aplicabilidade do instrumento na rotina da APS, observamos que os profissionais de saúde acreditam que o instrumento é capaz de auxiliar no direcionamento para obtenção das informações necessárias para o desenvolvimento de PTS para pacientes considerados complexos (KATHOL; HOBBS KNUTSON; DEHNEL, 2016). Desta forma, podemos refletir que, apesar de 62.5% dos profissionais relatarem que as informações oriundas do INTERMED podem ser obtidas também por outros meios, o instrumento tem um potencial importante para possibilitar a sistematização das informações e permite uma visualização concreta das complexidades em cada variável analisada (INTERMED FOUNDATION, 2009).

Cabe ressaltar, que os profissionais citaram a inserção do INTERMED nos prontuários eletrônicos, iniciativa que permite não apenas a sistematização dos dados, mas também o

desenvolvimento de padrões de informações sobre os riscos de necessidades de saúde dos pacientes, facilitando o diagnóstico de condições de saúde e, consequentemente, o uso do serviço de forma previsível de acordo com o nível de complexidade do paciente (KOLLING et al., 2021).

Outro ponto levantado pelos profissionais sobre a aplicabilidade refere-se à possibilidade do paciente já ter o instrumento respondido previamente antes da consulta médica. Ao analisarmos este fato, podemos observar dois pontos importantes: primeiro, o profissional de saúde capacitado para realizar a entrevista com o paciente antes da consulta médica e, segundo, a estrutura do instrumento que melhor se adeque ao contexto da APS.

Refletindo sobre o primeiro ponto levantado é importante destacar o papel do ACS na APS por conseguir desenvolver vínculos com o paciente e realizar a integração entre equipe e comunicade/família/sociedade (BRAZIL, 2007). O segundo ponto a ser discutido é sobre a estrutura do INTERMED que melhor se adeque para o contexto da APS, desta forma, sugerimos a análise do INTERMED *self-assessment* (BOEHLEN et al., 2016; FERRARI; DORTLAND; BOENINK, 2017; PETERS et al., 2013), versão auto aplicável do instrumento, que pode ser preenchido pelo próprio paciente ou com auxílio de outro profissional; no caso, sugerimos fortemente o ACS.

Além disso, as dúvidas relacionadas a pontuação das variáveis referentes ao domínio psicológico pode estar relacionadas às conexões entre a saúde mental e a APS, sendo possível inferir que as duas devem convergir para um olhar muito próximo do paciente como ser único e particular em seu processo de adoecer, de forma que o trabalho seja congruente e complementar.

No entanto, estudos nacionais mostraram que a maioria dos profissionais de saúde que atua nos serviços da APS sente-se despreparado por desconhecerem as políticas públicas de saúde mental e apoiam-se na crença do tratamento medicamentoso, pois apresentam lacunas no conhecimento em relação aos transtornos e as formas de abordagem (AMARANTE et al., 2011; BOLSONI et al., 2015).

Em relação à classificação do nível de complexidade, considerando a pontuação do escore total do instrumento para cada caso clínico fictício em comparação com os valores determinados pelos pesquisadores, apenas um dos participantes classificou um caso sem complexidade como complexo. Outros participantes, embora tenham realizado a classificação do caso corretamente, a pontuação do escore total foi até 13 pontos maior que a esperada. Além disso, é importante destacar que mesmo aqueles participantes com a pontuação do escore total com o mesmo valor da determinada pelos pesquisadores pode haver divergências na pontuação

das variáveis dos quatro domínios que devem ser exploradas para a construção do PTS.

Assim, é possível inferir que a pontuação do escore total do instrumento auxilia na classíficação do nível de complexidade do paciente, mas quando considerada isolamente não abarca uma dimensão abrangente das diferentes demandas apresentadas pelos pacientes.

Desse modo, para a avaliar o uso do INTERMED na elaboração do PTS a pontuação obtida pelos profissionais de saúde referente as varíaveis de cada um dos quatro domínios foi analisada em comparação com a padrão ouro. Apesar do baixo número de participantes em todos os casos clínicos avaliados os maiores acertos dos profissionais foram referentes as variáveis do domínio social. Assim, é importante destacar a inclusão dos ACS na equipe. O ACS possui como atribuições integrar os profissionais com as necessidades e demandas da comunidade, famílias e coletividades; estão em permanente contato com as famílias através das visitas domiciliares, realizando atividades educativas, promoções e prevenções de agravos no âmbito social e familiar (BRAZIL, 2007), ações que possibilitam uma maior reflexão da equipe sobre os aspectos sociais envolvidos na comunidade.

Em relação aos outros domínios, um estudo realizado na APS, que utilizou o instrumento INTERMED para analisar os prontuários, encontrou que o domínio biológico possuía uma média de 72% dos dados preenchidos e o domínio psicológico possuía uma média de 36% (OLIVEIRA, 2020).

Em nosso estudo, o Caso Clínico 4 classificado como sem complexidade foi o que obteve um maior número de convergencias nas pontuações das variáveis pelos participantes e pesquisadores. Esse resultado é esperado uma vez que o paciente sem complexidade não apresenta muitas demandas.

Em relação a elaboração do PTS através da pontuação das variáveis dos domínios do INTERMED, Miranda et al (2012) propõe algumas etapas para a sua confecção, sendo necessário, primeiramente, reconhecer os casos complexos e/ou de maior vulnerabilidade para elaboração do PTS e realizar um diagnóstico situacional do paciente, desta forma, o INTERMED prorporciona dados que podem auxiliar a equipe, principalmente o enfermeiro, a realizar Planos de Cuidado biopsicossociais ao identificar os pacientes com maiores necessidades de saúde (MELLER et al., 2015). Ao analisar essas primeiras etapas de confecção do PTS e os dados encontrados em nosso estudo para os casos considerados complexos, podemos notar que 60% dos profissionais foram capazes de triar os casos fictícios como complexos e elegíveis para a confecção do PTS.

Na etapa de definição das hipóteses diagnósticas e metas (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012), 100% dos profissionais referiram como prioridade o domínio psicológico na

hipótese diagnóstica e, como meta elencada pelos profissionais dentro de um consenso da equipe, podemos destacar a elaboração de ações biopsicossociais e centradas na pessoa (BARBOSA; RIBEIRO, 2016), participação de toda a equipe (HOOGERVORST et al., 2003) e auxílio na adesão ao tratamento. Já as metas propostas com a participação do paciente, podemos destacar estreitamento de vínculo e relato sobre sua situação de vida e saúde.

Sobre a etapa de divisão de responsabilidades (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012), podemos compreender que o contato com a família para auxiliar na busca de mais informações e auxílio no cuidado, principalmente em paciente com transtornos mentais, (LAVALL, 2007; PANDINI et al., 2016; SANTIN; KLAFKE, 2011) e a participação do Agente Comunitário de Saúde como profissional de referência, auxiliando a relação interprofissional na formulação dos Projetos Terapêuticos Singulares e acompanhando o processo do paciente de forma mais próxima (PINTO et al., 2011; SILVA et al., 2013), foram unânime entre os profissionais.

A última etapa referente à reavaliação, os autores Miranda; Coelho; Moré, (2012) acreditam que deva ser realizado peridiodicamente, observando as mudanças ocorridas na implementação do PTS para que novos objetivos e metas possam ser traçados. No nosso estudo, a reavalição foi proposta entre um e três meses.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação do estudo foi a quantidade restrita de sujeitos da pesquisa e o fato de termos utilizado casos clínicos ficticios para elaboração dos PTS. A estratégia inicial era a possibilidade dos profissionais de saúde entrevistarem pacientes reais, utilizando o INTERMED, contudo, devido a pandemia pelo Covid-19, fomos obrigados a modificar o método de coleta de dados para salvaguardar a saúde de todos os envolvidos. Desta forma, o número de profissionais ficou limitado pela alta carga de trabalho e os pacientes foram substitídos pelos casos clínicos fictícios. Acreditamos que, apesar destas limitações, pode possibilitar a realização de futuras pesquisas em educação interdisciplinar que envolvam o INTERMED na elaboração de PTS, a inclusão do ACS como profissional de referência e a comparação entre as versões auto aplicável e entrevista do instrumento.

8. CONCLUSÕES

Os resultados sugerem que o INTERMED pode ser um recurso importante para os profissionais de saúde da APS na classificação dos níveis de complexidade dos usuários, na tomada de decisões e na elaboração do PTS. Porém, as estratégias de treinamento para sua aplicação devem ser intensificadas.

Cabe destacar a importância do planejamento e das etapas percorridas para a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e dos casos clínicos no presente estudo. A inclusão de um grupo de pesquisadores possibilitou a construção de um instrumento estruturado e capaz de auxiliar na coleta das informações necessárias..

Outros estudos devem ser conduzidos com a finalidade de avaliar e implementar o INTERMED na rotina clínica da APS para auxiliar a equipe de saúde na elaboração do PTS e gerenciamento de casos.

7. REFERÊNCIA

ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1845–1856, jun. 2017.

ALMA-ATA. **DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, , 1978.

ALMEIDA, P. F. DE et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85–93, mar. 2011.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde The person-centered clinical method in medical training as a health promotion tool. **Rev Med Minas Gerais**, v. supl 8, n. 26, 2016.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. Fareham: CAIPE - Centro para o Avanço da Educação Interprofissional, 2013.

BARRETO, D. G. et al. Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 7, 2014.

BARROS, T. C. DE; WEBER, B.; ISMAEL, S. M. C. **A implementação do método INTERMED no contexto hospitalar**Hospital do Coração - HCor, Associação do Anatório Sírio, [s.d.].

BEZERRA, I. N. M. et al. A utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na formação em saúde: relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 102–118, 25 fev. 2020.

BOEHLEN, F. H. et al. [Evaluation of the German Version of the “INTERMED-Self-Assessment”-Questionnaire (IM-SA) to Assess Case Complexity]. **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**, v. 66, n. 5, p. 180–6, 2016.

BOLSONI, E. B. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental na atenção primária em saúde. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 11, n. 4, p. 199–207, 1 dez. 2015.

BRACCIALLI, L. A. D. et al. Cuidado ampliado em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 391–398, 2009.

BRANDT, B. et al. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 393–399, set. 2014.

BRASIL. **Saúde Mental**. 34. ed. Brasilia: Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013a.

BRASIL, M. D. S. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasilia: [s.n.].

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Humanização - PNH**Ministério da Saúde, , 2013b.

BRASIL, M. DA SAÚDE. S. DE A. À SAÚDE. N. T. DA P. N. DE H. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, e, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL, M. DA SAÚDE. S. DE P. DE S. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica**. Brasília´, DF: [s.n.]. v. 2

BRAZIL (ED.). **Política nacional de atenção Básica**. 3a ed ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAZIL (ED.). **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a. ed., 2a. reimpressão ed. Brasília, DF: Editora MS, 2009.

BRAZIL, M. DA SAÚDE. S. DE A. À SAÚDE. P. N. DE H. DA A. E G. DO S. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde: [s.n.].

BUTLER, M. et al. Integration of Mental Health / Substance Abuse and Primary Care. **Evidence Report/ TEchnology Assessment**, n. 173, 2008.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, dez. 2017.

CARVALHO, J. F. DE S.; CHAVES, L. D. P. Supervisão de enfermagem no uso de equipamento de proteção individual em um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, 30 set. 2010.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589–599, jun. 2011.

DYKES, P. C. et al. A patient-centered longitudinal care plan: vision versus reality. **Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA**, v. 21, n. 6, p. 1082–1090, nov. 2014.

FERNANDES, L. F. B.; MIYAZAKI, M. C. DE O. S.; SILVARES, E. F. DE M. Caracterização da supervisão em um centro formador de Psicologia da Saúde. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 3, p. 499–509, set. 2015.

FERRARI, S.; DORTLAND, A. K. V. R.; BOENINK, A. INTERMED-Self Assessment (IMSA)_ Validity and preliminary applications in research. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 97, p. 149–149, 2017.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 371–375, jun. 2003.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: GONDIN, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Eds.). . **Qualificação de Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 151–190.

GUTIERREZ, B. A. O.; LIMA, V. L. DE. A influência da rede de suporte social nos aspectos biopsicossociais de pessoas idosas hospitalizadas. **Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 0, p. 355–372, 1 out. 2013.

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

HARRIS, P. A. et al. 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, abr. 2009.

HARRIS, P. A. et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 95, p. 103208, jul. 2019.

HIGGS, J.; JONES, M. A.; LOFTUS, S. (EDS.). **Clinical Reasoning in the Health Professions**. 3ª edição ed. Amsterdam: Butterworth-Heinemann, 2008.

HIRD, A. E. et al. Doctor, what are my options? A prospective cohort study of an individualized care plan for patients with gastrointestinal cancer. **Current Oncology**, v. 22, n. 3, p. e171–e177, jun. 2015.

HOOGERVORST, E. L. J. et al. 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. 20–4, 2003.

HUYSE, F. J. et al. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. **General Hospital Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 39–48, fev. 1999.

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

INTERMED FUNDATION. **INTERMED Complexity Assessment Grid (IM CAG version 6)**INTERMED Foundation, , 2009. . Acesso em: 20 ago. 2018

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

JONGE, P. DE et al. Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. **The Australian and New Zealand journal of psychiatry**, v. 39, n. 9, p. 795–9, 2005.

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.

KISHI, Y. et al. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. **Psychosomatics**, v. 45, 2004.

KISHI, Y. et al. The INTERMED Japanese version: inter-rater reliability and internal consistency. **Journal of psychosomatic research**, v. 69, n. 6, p. 583–6, 2010.

KOLLING, M. L. et al. Data Mining in Healthcare: Applying Strategic Intelligence Techniques to Depict 25 Years of Research Development. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, 17 mar. 2021.

KUIPERS, P. et al. **Complexity and health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs**Clinical Education and Training Queensland, , 2011.

LATOUR, C. H. M. et al. A method to provide integrated care for complex medically ill patients: The INTERMED. **Nursing & Health Sciences**, v. 9, n. 2, p. 150–157, jun. 2007.

LAVALL, E. **Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental**.

monografia—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

LEANDRO, A. I. P.; BRANCO, E. S. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. **RAHIS**, n. 6, p. 64, 14 set. 2011.

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.

LUKERSMITH, S. E. **A taxonomy of case management: development, dissemination and impact**. Tese—Sydney: Faculty of Health Sciences, University of Sydney, 2017.

MARTINS, J. C. A. et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 619–625, 2012.

MATZER, F. et al. Biopsychosocial health care needs at the emergency room: challenge of complexity. **PloS one**, v. 7, n. 8, p. e41775, 2012.

MAZZOCATO, C. et al. Comprehensive assessment of patients in palliative care: a descriptive study utilizing the INTERMED. **Journal of pain and symptom management**, v. 19, n. 2, p. 83–90, 2000.

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 : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists**, v. 27, n. 1, p. 38–43, 2015.

METELSKI, F. K. et al. Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa [Dimensions of care management in primary care nurses' practice: integrative review] [Dimensiones de la gestión de la atención en la práctica de enfermeros de atención primaria: revisión integradora]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, n. 0, p. 51457, 3 dez. 2020.

MIRANDA, F. A. C. DE; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Como formular um projeto terapêutico singular**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1150>. Acesso em: 5 maio. 2021.

MIZOI, C. S.; UTIYAMA, R. M.; FILHO, C. A. M. A simulação realística como estratégia de treinamento para profissionais da saúde. **Editora associada da Einstein: Educação Continuada em Saúde**, v. 5, n. 3, p. 2, 2007.

NECKEL, R.; PACHECO, L. H. **Projeto terapêutico singular. – Relação família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (RAPS). – Redução de danos no SUS.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;, 2014.

OLIVEIRA, C. A. DE. **A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED**. Dissertação (mestrado)—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2 set. 2020.

OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; JÚNIOR MENDES, W. V. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

PANDINI, A. et al. Rede de apoio social e família: convivendo com um familiar usuário de drogas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 4, p. 716–722, 1 out. 2016.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. revisão ampliada ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

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. 518–22, 2013.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493–502, set. 2011.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255–276, jun. 2017.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90–97, mar. 2008.

SAMPAIO, C. DE F.; GUEDES, M. V. C. Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. SPE2, p. 96–103, 2012.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói - Revista do Departamento de Ciências Humanas**, v. 0, n. 34, p. 146–160, 2011.

SANTOS, A. T. S. et al. Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 1, p. 122–126, 2019.

SANTOS, J. L. G. DOS; LIMA, M. A. D. DA S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 695–702, dez. 2011.

SHIPPEE, N. D. et al. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 65, n. 10, p. 1041–1051, out. 2012.

SILVA, E. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197–202, 30 jun. 2013.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. DE. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 48–56, mar. 2008.

SOUZA, A. C. DE. **Modalidade de condutas terapêuticas**UNA-SUS, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10452>. Acesso em: 14 abr. 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilibrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

STIEFEL, F. C. et al. INTERMED–an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. **Spine**, v. 24, n. 4, p. 378–84; discussion 385, 1999a.

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, 1999b.

STIEFEL, F. C. et al. Operationalizing Integrated Care on a Clinical Level: the INTERMED Project. **Medical Clinics of North America**, v. 90, n. 4, p. 713–758, jul. 2006.

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

VANESSA DE CARVALHO LIMA, L.; CASTELO BRANCO DE ANDRADE, F. O projeto terapêutico singular como estratégia de cuidado na atenção básica em saúde: uma proposta de implementação no município de são pedro do piauí. **UNA-SUS**, 14 dez. 2018.

WALT, G.; VAUGHAN, P. Primary Health Care: What Does it Mean? **Tropical Doctor**, v. 12, n. 3, p. 99–100, jul. 1982.

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

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.

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. 169–78, 2011.

WOODWARD, J.; RICE, E. Case Management. **Nursing Clinics of North America**, v. 50, n. 1, p. 109–121, mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**WHO, Department of Human Resources for Health, , 2010. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/>. Acesso em: 17 maio. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS / WHO) • 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 31 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report on people-centred and Interim report**. Geneva: [s.n.].

APÊNDICE

APÊNDICE A – Contato por email para os participantes

Pesquisa INTERMED Caixa de entrada x

REDCap <redcap@fmrp.usp.br> 22 de out. de 2020 10:35
para anabeatrizspindola@outlook.com

Olá,

Me chamo Lisa Laredo Camargo e fui responsável pelo Treinamento do Instrumento INTERMED que foi realizado em sua unidade de saúde.
O meu projeto de mestrado é intitulado "Aplicação do instrumento INTERMED por profissionais de saúde para o cuidado integral em saúde na atenção primária à saúde", com orientação da profa. Dr. "Ana Carolina Guidorizzi Zanetti".

Devido a pandemia tivemos que adiar a coleta de dados até que algumas determinações ficassem mais claras e seguras. Desta forma, a coleta se dará de forma virtual. Assim gostaria de convidá-lo a participar da coleta de dados nesse momento.

Para isso enviamos um Link da plataforma "REDCap", onde vc terá acesso ao Termo de consentimento, formulário sociodemográfico, o INTERMED com casos clínicos, um check list para elaboração do projeto terapêutico singular e por último, uma avaliação do treinamento.

Ao optar por participar, no formulário sociodemográfico, quando observar a questão "Para qual grupo de pesquisa foi designado?" responda que pertence ao GRUPO 1.

Sua participação é muito importante para nós.
Agradecemos desde já e me coloco a disposição para qualquer dificuldade.

Você terá até dia 01/12/2020 para poder participar.

att Lisa Laredo Camargo

APÊNDICE B - Questionário sóciodemográfico e formativo por parte dos profissionais de saúde

A. Identificação

1. Nome:_____

2. Sexo:

( ) Feminino
( ) Masculino

3. Idade: _____

B. Escolaridade

4. Qual sua formação (graduação):

5. Local da graduação:

6. Ano de formação:

7. Fez pós-graduação?

8. Se sim, em qual área?

9. Tempo de trabalh na unidade:

10. Tempo de trabalho em APS:

11. Já trabalhou em outras unidades de atenção primária? Se sim, quais?

C. Sociodemográfico

12. Cidade de residência:

APÊNDICE C – Questionário para elaboração do Projeto Terapêutico Singular

Em termos de complexidade do caso analisado qual sua conduta em relação ao planejamento do cuidado?

a) Paciente apresenta complexidade e necessita ser inserido em um projeto terapêutico singular (PTS) com ação imediata em todos os domínios do INTERMED
b) Paciente apresenta complexidade e necessita ser inserido em um projeto terapêutico singular (PTS) com ação imediata em apenas alguns domínios específicos
c) Paciente não apresenta complexidade, mas colocaria ele em um projeto terapêutico singular (PTS)
d) Paciente não apresenta complexidade, nem colocaria ele em um projeto terapêutico singular (PTS)

Pensando nos objetivos traçados na questão anterior, o QUANTO e COMO você acha que o paciente pode contribuir na elaboração do PTS?

_____
_____
_____

Quais domínios necessitam de maior acompanhamento para a elaboração de um projeto terapêutico singular (PTS) (marque quantas opções achar necessário):

a) Biológico
b) Psicológico
c) Social
d) Sistema de saúde

Poderia nos descrever em tópicos quais ações você recomendaria para cada domínio selecionado? Por exemplo: uso de medicamentos, manejo de dieta, grupos de orientação, maior envolvimento de um profissional de saúde específico de qualquer nível do serviço de saúde (Exemplo: agente comunitário de saúde – ACS, reumatologista, endocrinologista, psicólogo, assistente social, entre outros), etc.

_____
_____
_____

O que você faria com o paciente? (marque quantas opções achar necessário)

a) Manteria apenas na atenção primária à saúde
b) Encaminharia para médicos de serviços especializados
c) Encaminharia para outros profissionais, não médicos, de serviços especializados
d) Encaminharia para serviços de urgência e emergência
e) Encaminharia para serviços de assistência social

Com quem a equipe de atenção primária à saúde deveria entrar em contato para ter mais informações e buscar mais apoio para o paciente após a avaliação inicial? (marque quantas opções achar necessário)

a) Não deveria entrar em contato com ninguém
b) Familiares diretos (pais, irmãos, filhos...)
c) Vizinhos e amigos Comunidade (igrejas, outras associações da comunidade que o paciente diz frequentar)
d) Pessoas do trabalho do paciente
e) Outro

Após a avaliação inicial, depois de quanto tempo esse paciente deveria ser reavaliado na unidade de atenção primária à saúde?

a) Não há necessidade de reavaliação
b) No máximo em 1 mês
c) No máximo em 3 meses
d) No máximo em 6 meses
e) No máximo em 12 meses

Como você considera que esse paciente deveria ser acompanhado: (marque quantas opções achar necessário)

a) Via telefone da unidade
b) Via consulta na unidade
c) Via visita domiciliar pelo ACS
d) Via visita domiciliar pelos demais profissionais
e) Via whatsapp ou outras redes sociais
f) Via email
g) Outro

Qual(s) profissionais da unidade deveriam acompanhar esse paciente após a avaliação inicial: (marque quantas opções achar necessário)

a) Auxiliar de enfermagem
b) Agente comunitário de saúde
c) Enfermeiro
d) Médico
e) Outro(s)

APÊNDICE D – Questionário de aplicabilidade do treinamento e uso do INTERMED na Atenção Primária à Saúde

Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre a utilização do instrumento INTERMED. Estamos pedindo que você dê a sua opinião sobre como foi a sua experiência em aplicar esse instrumento.
Não existe resposta certa ou errada e você não está sendo avaliado(a) de nenhuma maneira, apenas gostaríamos de saber o que achou da experiência de sua consulta a partir do instrumento INTERMED.
Se você desejar, além de responder às questões escolhendo as alternativas disponíveis, você também pode escrever quaisquer observações sobre a entrevista especificamente após cada uma das perguntas e também após a realização de todas elas.

Muito obrigada!

Nome:_____Data:_____

Por favor, em relação ao instrumento INTERMED responda às questões abaixo:

Em relação ao treinamento:

a) Consegui compreender o conceito do INTERMED e seu objetivo, e me sinto seguro para preenchê-lo sozinho
b) Consegui compreender o conceito do INTERMED e seu objetivo mas preciso de mais treinamento para preenchê-lo sozinho
c) Não consegui compreender o conceito do INTERMED e seu objetivo e não me sinto seguro para preenchê-lo sozinho

Na sua opinião tem algum(s) domínio(s) do INTERMED que deve(m) ser melhor trabalhado(s) durante o treinamento para você se sentir mais seguro para preenchê-lo (marque quantas opções acha necessário)

a) Biológico
b) Psicológico
c) Social
d) Sistema de Saúde
e) Não tem nenhum domínio a ser melhor trabalhado

Como você acha que esse(s) domínio(s) poderia(m) ser melhor trabalhado(s) durante o treinamento? Por exemplo: mais casos discutidos, mais exemplos de casos complexos em cada domínio, discussões sobre ações especificas a serem realizadas em cada domínio, mais orientação e supervisão, etc.

_____

_____

_____

Em relação a como pontuar a cada um dos itens do INTERMED:

a) Não tenho dúvida em nenhum dos 20 itens do INTERMED
b) Tenho dúvida em menos de 10 itens do INTERMED
c) Tenho dúvida em mais de 10 itens do INTERMED

Você considera que o INTERMED apresenta informações importantes para o cuidado que são difíceis de serem visualizadas de outra maneira?

a) Sim
b) Não

Quais?

_____
_____
_____

Você acha que vale a pena inserir o INTERMED na rotina do serviço de atenção primária à saúde?

a) Sim
b) Não

Por que?

_____
_____
_____

Quais condições você acha necessárias para poder inserir o INTERMED na rotina do serviço de atenção primária à saúde?

_____
_____
_____

Por favor escreva qualquer comentário adicional que julgar necessário sobre o uso do INTERMED

_____
_____
_____

Agradecemos a sua participação!

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais

Meu nome é Lisa Laredo de Camargo, sou Enfermeira e aluna de pós-graduação, nível mestrado, vinculada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Enfermeira e professora da EERP/USP. Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada "Aplicação do instrumento INTERMED por profissionais de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde" que tem como objetivo avaliar o instrumento INTERMED, que complementa a entrevista e consulta e constitui-se de uma ferramenta para apoiar decisões e gerenciamento de casos. A sua participação poderá contribuir no levantamento de informações que viabilizem o uso deste instrumento na avaliação rotineira das equipes da Atenção Primária a saúde (APS), na reorientação das estratégias, intervenções e no desenvolvimento de políticas públicas na APS.

Para isso, pedimos que o (a) Sr. (a) participe de um treinamento breve (aproximadamente 45 min) que será oferecido sobre a aplicação do instrumento INTERMED, aplique esses questionários em alguns pacientes e, posteriormente, responda algumas perguntas sobre a importância e viabilidade de utilização desses questionários no seu trabalho.

Acreditamos que o desenvolvimento do projeto não causará qualquer dano ou desconforto significativo a sua pessoa, mas destacamos aspectos relacionados a possível desconforto em relação ao tempo disponibilizado para participação na pesquisa. A fim de minimizar quaisquer possíveis riscos, garantimos que, caso o(a) Sr. (a) não queira participar ou queira interromper a sua participação, terá toda liberdade de fazê-lo em qualquer momento da pesquisa e que isso não causará qualquer problema ao seu emprego na unidade.

Você pode decidir se aceita ou não participar do estudo. Você também pode decidir parar de participar, basta informar a pesquisadora. Além disso, garantimos que as suas respostas aos questionários não serão fornecidas a ninguém, que os dados obtidos através delas serão utilizados apenas em caráter científico e que o anonimato será preservado, garantindo o sigilo de sua identidade enquanto respondente. O contato da pesquisadora responsável pelo projeto se encontra ao final deste termo e poderá entrar em contato com a mesma a qualquer momento, caso seja necessário. Você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, assim sendo, você não receberá qualquer quantia em dinheiro para participar e nem terá qualquer tipo de gastos com a mesma.

Todavia, ressaltamos que a sua participação é de grande importância para a aquisição de informações que podem contribuir no redirecionamento da assistência primária em saúde, inclusive em seu próprio benefício no que diz respeito à facilitação de identificação de demandas dos sujeitos e comunidade em sua rotina de trabalho. Ou seja, os benefícios desse trabalho são indiretos, uma vez que entendemos que a entrevista clinica realizada a partir do instrumento INTERMED tende a melhorar o tempo de entrevista, aperfeiçoar a rotina clínica e a disposição da equipe de saúde e, quando acoplado ao prontuário, pode facilitar os prognósticos e a variedade de informações sobre o paciente.

Após ter sido esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902. Horário de atendimento: de segunda à sexta-feira, em dias úteis, no horário das 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3408 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, CEP: 14040-902.

Eu,_____aceito fazer parte da pesquisa: **“Aplicação do instrumento INTERMED por profissionais de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde”**.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora abaixo assinada sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes do seu desenvolvimento. Estou ciente que não receberei pagamento pela participação na pesquisa, receberei a garantia de indenização caso algum dano me aconteça, assim como a garantia de que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer penalidade em meu ambiente de trabalho, de que a minha identidade será preservada, que os dados obtidos serão utilizados apenas em caráter científico e que não terei nenhum gasto com a pesquisa.

Ribeirão Preto,_____de_____de 2019.

_____	_____	_____
Nome da pesquisadora	Assinatura da pesquisadora	Data

_____

Prof.ª Dr.ª Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Pesquisadora Responsável/Orientadora

ANEXO

ANEXO 1 – Carta de autorização da Bernadete Weber

HCor

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Bernardete Weber, Superintendente de Responsabilidade Social do Hospital do Coração, pesquisadora responsável pela tradução e adaptação cultural do INTERMERD no Brasil, tenho ciência e estou de acordo que a aluna Lisa Laredo de Camargo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, utilize o instrumento INTERMED na pesquisa intitulada por profissionais de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde sob a orientação da Profa. Ana Carolina Zanetti.

São Paulo, 11 de outubro de 2018.

Bernardete Weber

ANEXO 2 - 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 domiciliária
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

Isso leva à seguinte Classificação de Avaliação da Complexidade:

DOMÍNIOS	HISTÓRIA	ESTADO ATUAL	VULNERABILIDADE
BIOLÓGICO	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)
PSICOLÓGICO	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)
SOCIAL	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)
SISTEMA DE SAÚDE	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)
SCORE TOTAL			

ANEXO 3

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OF. 2740/18- CAPP
CSV/2018

Ribeirão Preto, 21 de Agosto de 2018.

Senhora Orientadora,

Informamos que os gerentes das Unidades UBS Dom Mielle, USF Eugênio Lopes, UBS Ipiranga, UBS Vila Albertina, UBS Vila Recreio, UBS Presidente Dutra, USF Maria Casa Grande, USF Paulo Gomes Romeo, USF Jardim Paiva, USF Portal do Alto, UBS Campos Eliseos, CSE Vila Tibério, UBS Vila Tibério, UBS João Rossi da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas dependências. Não concordaram com a realização do projeto em suas Unidades: NSF 1, UBS Jardim São José, UBS José Sampaio e os Núcleos da Saúde da Família NSF 2, NSF 3, NSF 4 , NSF 5 e NSF 6 não encaminharam respostas .

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO INTERMED POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"** sob a responsabilidade do **Profª Drª. ANA CAROLINA GUIDORIZZI ZANETTI** e pesquisador **LISA LAREDO DE CAMARGO**.

Informo 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. Solicito 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

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. **ANA CAROLINA GUIDORIZZI ZANETTI**
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 36041642 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br