

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Mestrado Profissional em Medicina

Pré-projeto de Pesquisa

VIABILIDADE DA UTILIZAÇÃO DO INTERMED NO TRABALHO DA  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES  
PARA CASOS COMPLEXOS

Cely Carlyne Pontes Morcerf  
Orientador: Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

RIBEIRÃO PRETO

2022

## RESUMO

**Introdução:** A medicina de família e comunidade trabalha com o desenvolvimento de estratégias de saúde centradas na pessoa através de uma visão ampliada da diversidade biopsicossocial e individual do paciente, observando suas vulnerabilidades. Considera a alta carga de importância que cada forma de vida, biografia e cultura exercem nas relações de saúde. Trabalha com vários instrumentos de abordagem familiar, mas ainda não utiliza em rotina, um instrumento padrão para sistematizar a condução de pacientes complexos, centrado na pessoa e na abordagem biopsicossocial. **Objetivo:** avaliar a viabilidade da utilização do instrumento INTERMED por médico em atenção básica e o planejamento do cuidado para casos complexos em medicina de família e comunidade. **Método:** estudo de viabilidade, com uma amostra total dos 51 pacientes com maior escore do INTERMED e acompanhamento longitudinal do planejamento do cuidado, durante 6 meses, utilizando os instrumentos “cartão de necessidades”, INTERMED, escala CARE, COOP/WONCA, Escala PHQ-4, WHOQOL-bref, Escala de Avaliação da Aplicabilidade do INTERMED, Questionário de Uso de Serviços de Saúde nos últimos seis meses, Questionário Socio-demográfico e Diário de Campo. Ao final do acompanhamento serão coletados a quantidade de atendimentos e faltas de todos os pacientes. **Resultados Esperados:** esperam-se contribuições do INTERMED para sistematizar as necessidades e riscos de saúde, viabilidade de aplicação em consultas médicas na atenção básica e melhorias após o acompanhamento com base em parâmetros clínicos biológicos, psicológicos, sociais, de funcionalidade e de qualidade de vida.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, medicina de família e comunidade, assistência integrada a saúde, modelo biopsicossocial.

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO .....	04
2 – JUSTIFICATIVA.....	09
3 – HIPÓTESES .....	10
4 – OBJETIVOS.....	11
5 – MÉTODOS.....	12
6- CRONOGRAMA.....	18
7 –RESULTADOS ESPERADOS.....	19
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
9- APÊNDICES.....	23
10-APÊNDICE A	
(Cartão de Necessidades).....	23
11- APÊNDICE B	
(Questionário de Uso de Serviços de Saude nos Últimos Seis Meses ) .....	24
12 –APÊNDICE C	
(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).....	25
13 – ANEXOS.....	27
14 – ANEXO A	
(INTERMED).....	27
15 – ANEXO B	
(Escala para Avaliação da Aplicabilidade).....	34
15 – ANEXO C	
(Questionário Socio-demográfico).....	37
16 – ANEXO D	
(Escala CARE).....	39
17 – ANEXO E	
(Quadros COOP-WONCA).....	40
18 – ANEXO F	
(Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref).....	46
19 – ANEXO G	
(PHQ-4).....	49

## INTRODUÇÃO

Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata elabora uma declaração enfatizando o conceito de saúde que contemplaria os eixos físico, mental e social, não limitando sua definição a apenas uma ausência de patologias (EXWORTHY, 2008; GIOVANELLA et al., 2019). Reforça-se, assim, a importância de um olhar amplo para a noção de saúde, em detrimento do foco na doença. Com isso, o indivíduo saudável estaria em equilíbrio, na percepção da pessoa, considerando-se o estado próprio de bem estar do ser humano nos aspectos físicos (biológicos), mentais (psicológicos) e sociais. A Conferência também reforçou a saúde como direito humano e debateu sobre desigualdades presentes entre os povos (EXWORTHY, 2008; BIRN, 2018). Destacou também que os povos possuem por direito um lugar de participação ativa, individual e coletiva, como protagonistas para o planejamento e execução de seus cuidados em saúde (MENDES, 2004). Este conceito ampliado permite um olhar focado na complexidade da pessoa, inserida no contexto histórico social em que vive, e não apenas uma visão limitante, reducionista e focada na doença (BORELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004; INEZ et al., 2005).

A Conferência de Alma Ata estabeleceu um segundo marco importante no cuidado de saúde, ao enfatizar a Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de alcançar a universalidade e a equidade do cuidado, considerando-se o campo dos sistemas de saúde (GIOVANELLA et al., 2019; AMÉLIA; MENDES, 2004). Para atuar como ferramenta fundamental com foco centrado na APS, desenvolve-se a Medicina de Família e Comunidade (MFC), no intuito de elaborar estratégias para a conformação de sistemas de saúde e que sejam capazes de realizar um suporte integral ao paciente. Tal especialidade parte de um primeiro acesso ao paciente e conduz os cuidados de forma longitudinal, integral, com um olhar ampliado nas relações existentes no contexto social, familiar e comunitário em que o indivíduo está inserido.

A MFC possui uma abordagem focada na resolutividade do cuidado e centrada na pessoa, tornando-se capaz de compreender as barreiras e facilitadores no desenvolvimento do planejamento compartilhado dos cuidados em saúde através da utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). A utilização de tal abordagem permite que a MFC desenvolva a empatia e o entendimento de problemas individuais junto ao contexto familiar do indivíduo. Considera também percepções do paciente, histórico de vida (aspectos passados), estado atual em que a mesmo se encontra, a situação atual de saúde, a experiência da doença e seu significado de saúde, assim como as vulnerabilidades de cada pessoa (INEZ et al., 2005).

Os médicos de família e comunidade consideram a individualidade de cada pessoa, evidenciando e analisando problemas específicos de cada paciente e o impacto que os mesmos possuem em sua vida, que não pode ser resumida em um recorte pontual e que deve ser considerada como conjunto

de aspectos passados, presentes e potenciais projeções futuras prognósticas (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019). Surgem como uma mudança de paradigma, potencializando novos desafios de habilidades de comunicação e assistência nos cuidados em saúde ainda atuais, em resposta a antiga dissociação do conhecimento médico e prática compartimentalizada, focada na patologia e que contribuiu para a fragmentação da relação médico-paciente, (WONCA, 2002; JANAUDIS, 2010; DE ANDRADE et al., 2018).

A MFC busca uma assistência no cuidado em saúde de forma focal e coletiva, centrada na pessoa e em suas relações familiares e comunitárias, acreditando em determinantes sociais de saúde como capazes de impactar o processo saúde doença de um grupo de indivíduos e da pessoa nele inserida (PEREIRA, 2006). Com isso, o investimento em formação e desenvolvimento de bons médicos de família e comunidade otimiza a assistência em saúde de uma área de abrangência, melhorando resolutividade, satisfação do paciente e integração no meio social (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019). A MFC consegue ter um olhar ampliado dos principais problemas que impactam o conceito de saúde de cada pessoa e de sua sociedade (KUSNANTO; AGUSTIAN; HILMANTO, 2018). Por conhecerem os principais problemas locais, os médicos de família e comunidade são lideranças com potencial de criar estratégias de saúde, em equipe, para focar em soluções centradas na pessoa e na sociedade (LOPES; RIBEIRO, 2015). Trabalham também com vulnerabilidades, desenvolvendo uma visão ampliada da diversidade social e de como as diferenças individuais possuem impacto em relações coletivas e na visão do próprio paciente como protagonista ou como alvo de um processo patológico, influenciado por percepções individuais e pela carga de importância que cada biografia e cultura exercem no ser humano. Esse trabalho reforça a necessidade do foco centrado na pessoa como origem de investigações e cuidados em saúde na medicina de família e comunidade. Tal foco é imprescindível para um maior entendimento e condução do plano em conjunto com o paciente, assim como a consideração da satisfação do mesmo frente a assistência do médico e do sistema de saúde (WONCA, 2002; RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART, 2014; DE ANDRADE et al., 2018).

A especialidade de MFC é embasada em quatro pilares de formação: Atenção Primária, Educação Médica, Humanismo e Formação de Lideranças. Destes, o primeiro pilar é o da Atenção Primária e Medicina Centrada no Paciente, que reforça o discurso de que um conhecimento apenas biológico das principais doenças mais prevalentes de uma população, sem a habilidade de investigação e conhecimento de saúde centrados na pessoa, não é resolutivo e culmina com ações ineficazes nos cuidados em saúde (JANAUDIS, 2010). Assim, é possível estudar a postura que o médico utilizará para participar da relação médico-paciente, incentivando o protagonismo e conduzindo o cuidado em saúde sem imposições ou domínios de poder na relação. Tal comportamento resulta em um cuidado eficaz em saúde. Posturas enraizadas no desenvolvimento de vínculo entre médico e paciente, incentivo do protagonismo e empoderamento nos cuidados em saúde e tomada de decisão

compartilhada resultam em um cuidado eficaz, quando os aspectos como empatia, entendimento de realidades e compaixão, assim como a identificação de situações complexas de abordagem no cuidado, não são vistas apenas em uma forma subjetiva. Devem ser analisadas e comparadas individualmente de forma objetiva e sistemática para um melhor entendimento de todo o contexto em que o paciente está inserido no seu processo de cuidado. Tal combinação auxiliará em um cuidado eficiente e resolutivo para cada caso (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; RIBEIRO; AMARAL, 2008). Com isso, as formas de relacionamento interpessoais são, na MFC, questões importantes a serem abordadas cientificamente. Eis então a conexão e justificativa para o segundo pilar base da MFC: Educação Médica e Metodologia Científica, em que passaremos das impressões aos fatos concretos, com visão quantitativa associada ao componente qualitativo (MALTERUD, 2001).

Este cuidado eficiente e resolutivo vem ao encontro do cuidado dos pacientes que apresentam de alguma forma vulnerabilidades nas necessidades em saúde, desafiando o enquadramento e a definição de casos complexos de uma forma sistemática e objetiva. A ideia de casos complexos, atendidos dentro da MFC, ainda possui um caráter subjetivo e baseado majoritariamente pela opinião e visão dos profissionais de saúde ao nível da APS.

O conceito informal de complexidade é usado com significado quantitativo e qualitativo. Como componente qualitativo, a complexidade envolve a compreensão do indivíduo sobre objetos e sistemas. A complexidade em outra esfera é utilizada no aspecto quantitativo, ao comparar objetos na tentativa de afirmar o ponto de estudo mais complicado ou de difícil entendimento. A formalização das duas definições de complexidade ocorreu na segunda metade do século XX. Estudos dessa época definiram que a complexidade não se resumiria ao número de componentes que constituem um sistema, as relações existentes entre os componentes contribuem para a definição de complexidade geral. (STANDISH, 2008). Pacientes considerados complexos podem ser vistos como indivíduos com uma relação de fatores que interferem no processo e cuidado em saúde, com diferentes impactos a depender do histórico de vida de cada um, com dificuldade de manejo e de prever desfechos comportamentais (OTÁVIO MORETTI-PIRES, 2009).

A literatura mostra a existência de vários instrumentos validados, de abordagem familiar em MFC, assim como ferramentas de avaliação de condições isoladas da saúde, sem considerar outros fatores influentes do processo de cuidado em saúde. Tal realidade evidencia a importância de estudos que embasem o uso de instrumentos para uma abordagem médica biopsicossocial, capazes de triar pacientes complexos, com uma visão ampliada nos domínios importantes na construção da definição de saúde centrada na pessoa e não na patologia individualizada (DITTERICH et al., 2009; DE OLIVEIRA et al., 2022).

A noção de paciente complexo, no contexto de saúde, também é descrita quanto ao tempo de permanência em leitos de hospitais, ampla procura de serviços de saúde e múltiplas queixas não resolvidas. A literatura descreve tal perfil de complexidade como possível relação a doenças crônicas mentais e físicas, baixa adesão ao esquema terapêutico, grande vulnerabilidade social e problemas na organização do sistema de saúde. Em relação ao nível primário de saúde, a complexidade do paciente teria uma associação com atendimentos excessivos e não resolutivos, com alta marcação de consultas esporádicas e pontuais de urgência ou emergência, polifarmácia e a falta de envolvimento do paciente com o auto-cuidado. Evidencia-se assim, uma necessidade de avaliação sobre como essa complexidade está inserida na rotina da APS, como também do acompanhamento e estudo de casos selecionados para a aplicação de instrumentos que auxiliem o planejamento terapêutico em conjunto do médico com o paciente, centrados na pessoa e considerando a dimensão biopsicossocial como base (HUYSE, 1997; COPPA; WINCHESTER; ROBERTS, 2018).

A dificuldade de definição, escolha e entendimento de casos complexos que necessitem de maior abordagem, de uma forma integrada e com utilização de estratégias resolutivas, focadas na pessoa, leva a uma demanda de estudo para utilização de novas ferramentas de triagem e auxílio direcional de ações.

A ferramenta INTERMED (INTERMED Complexity Assessment Grid) é uma ferramenta elaborada para triar e direcionar ações voltadas para as necessidades de saúde dos pacientes, com o objetivo de fortalecer o cuidado integral em saúde (HUYSE et al., 2009). Com início de desenvolvimento em pesquisas na Europa, direcionadas a pacientes em regime de internação psiquiátrica que necessitassem de uma maior assistência em internação e após a mesma, para o estudo de riscos psicossociais (JONGE et al., 2000). Tal pioneirismo destacou a demanda de construção e validação de instrumentos de abordagem integral e centrados na pessoa, para triagem de pacientes considerados complexos e para organizar de forma sistemática o planejamento dos cuidados individuais em saúde (HUYSE et al., 1999; STIEFEL et al., 1999). Posteriormente foi traduzido para o Brasil no contexto hospitalar e validado para uma versão de língua portuguesa por Bernardete Weber. (LOBO et al., 1996; MALT et al., 1996; BOENINK; HUYSE, 1997; STIEFEL et al., 2006; WEBER, 2012).

O instrumento INTERMED é organizado com uma avaliação semi-estruturada de 16 perguntas abertas, que analisam quatro domínios distintos: biológico, psicológico, social e sistema de saúde. Em cada domínio, pontuam-se cinco variáveis entre 0 (sem vulnerabilidade) a 3 (alta vulnerabilidade) de acordo com manual contendo uma pontuação de ancoragem clínica (HUYSE et al., 2009). As respostas para as perguntas abertas possibilitam o preenchimento de 20 variáveis, localizadas em um contexto de tempo que analisa o passado (“historicidade”), o presente

(“condições atuais”) e possibilidades futuras (“prognóstico/vulnerabilidade”), relacionado às necessidades de cuidados de saúde do paciente. A pontuação geral final possível de ser atingida varia entre 0 a 60 pontos, em que o escore acima de 20 pontos delimita o enquadramento de complexidade do paciente (DE JONGE et al., 2003).

Tal pontuação tem como base a revisão de prontuário do paciente e a entrevista realizada (TABELA 1). São consideradas como pontuações as variáveis cronicidade, dilema diagnóstico, gravidade de sintomas, desafio diagnóstico, complicações e risco de vida, restrições no enfrentamento, disfunção psiquiátrica progressiva, resistência ao tratamento, sintomas psiquiátricos, ameaça à saúde mental, restrições na integração, disfunção social, instabilidade residencial, restrições na rede, vulnerabilidade social, intensidade do tratamento anterior, experiência anterior de tratamento, organização do cuidado, adequação do encaminhamento e necessidade de coordenação do cuidado.

Tabela 1: representação de Domínios, Contextos Temporais e Variáveis do INTERMED

DOMÍNIOS	HISTÓRIA	ESTADO ATUAL	VULNERABILIDADE
<b>BIOLÓGICO</b>	Cronicidade (0) (1) (2) (3) (HB1)	Severidade dos sintomas (0) (1) (2) (3) (CB1)	Complicações e ameaça à vida (0) (1) (2) (3) (?) (VB)
	Dilema diagnóstico (0) (1) (2) (3) (HB2)	Desafio diagnóstico (0) (1) (2) (3) (CB2)	
<b>PSICOLÓGICO</b>	Restrições no enfrentamento (0) (1) (2) (3) (HP1)	Resistência ao tratamento (0) (1) (2) (3) (CP1)	Ameaça à saúde mental (0) (1) (2) (3) (VP)
	Disfunção psiquiátrica (0) (1) (2) (3) (HP2)	Sintomas psiquiátricos (0) (1) (2) (3) (CP2)	
<b>SOCIAL</b>	Restrições em integração (0) (1) (2) (3) (HS1)	Instabilidade de residência (0) (1) (2) (3) (CS1)	Vulnerabilidade social (0) (1) (2) (3) (VS)
	Disfunção social (0) (1) (2) (3) (HS2)	Restrições de rede (0) (1) (2) (3) (CS2)	
<b>SISTEMA DE SAÚDE</b>	Intensidade do tratamento (0) (1) (2) (3) (HHS1)	Organização do cuidado (0) (1) (2) (3) (CHS1)	Impedimentos do sistema de saúde (0) (1) (2) (3) (?) (VHS)
	Experiência de tratamento (0) (1) (2) (3) (HHS2)	Coordenação do cuidado (0) (1) (2) (3) (CHS2)	
<b>SCORE TOTAL</b>			

Fonte: WEBER, 2012.

Integra os componentes biopsicossociais da doença e o contexto interativo entre paciente e sistemas de saúde, servindo como ferramenta que reflete uma abordagem operacionalizada para a complexidade de casos clínicos. É útil para a análise biopsicossocial do paciente e estratifica as vulnerabilidades dos indivíduos, alvos constantes de atuação e abordagem dentro da assistência à saúde da família na APS. Facilita o diálogo multiprofissional e interdisciplinar, algo essencial para o bom desenvolvimento de abordagens e planejamento de cuidados em medicina de família e



comunidade, e descreve os casos complexos com finalidade de assistência clínica, educacional e de pesquisa científica (HUYSE et al., 1999; PINTO et al., 2017).

## **JUSTIFICATIVA**

Com a finalidade de testar um instrumento de triagem e auxílio direcional na terapêutica do paciente definido como complexo, a ferramenta INTERMED será utilizada no presente projeto de pesquisa, por possuir uma formulação de integração biopsicossocial e poder ser inserida durante o método clínico centrado na pessoa. Como inexistem estudos no Brasil que avaliem a rotina de inserção dessa ferramenta em Medicina de Família e Comunidade (MFC), de uma forma crítica e sistematizada, este projeto será desenvolvido. O INTERMED possui respaldo em literatura de uso em populações socialmente vulneráveis, uma realidade constante no trabalho de medicina de família e comunidade, e com isso poderá trazer benefícios de identificação precoce e atuação direcionada, ampliando a resolutividade dos casos (COPPA; WINCHESTER; ROBERTS, 2018; DE OLIVEIRA et al., 2022)

Busca-se então entender os momentos em que a utilização da ferramenta poderá ser necessária durante a consulta em medicina de família e comunidade, assim como a contribuição da mesma durante o cuidado e a satisfação do paciente ao ter o INTERMED inserido na relação médico paciente, de uma forma longitudinal e centrada na pessoa.

A presente proposta de projeto de pesquisa surge como uma demanda de trabalho em medicina de família e comunidade direcionado para as necessidades de cada pessoa, levando em consideração seu histórico, contexto familiar, realidade e determinantes sociais de saúde sob os quais está inserido (PEREIRA, 2006). É proposto como forma de avaliar benefícios e desafios do uso de um novo instrumento, não apenas com foco na doença ou enfoque familiar como os já existentes instrumentos validados e aplicados na abordagem de famílias dentro da especialidade, como o APGAR familiar, genograma familiar, Ciclo de vida das famílias, modelo FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientations) e modelo P.R.A.C.T.I.C.E, mas principalmente com o foco na pessoa e no meio histórico e de saúde em que ela se insere. Busca avaliar possíveis respostas a demandas já evidenciadas na literatura de quantificar e mostrar por métodos padrões e sistematizados do impacto da triagem inicial de pacientes complexos para otimizar cuidados em saúde. Analisará os maiores problemas de difícil resolução dos casos encontrados na condição e processo saúde doença do paciente, visando melhorar o prognóstico e evitar excessivas buscas de atendimento médico sem uma resolução clara do que compromete a qualidade de vida e a experiência de doença do paciente. Buscará analisar possibilidades de ações para melhorias na condição de saúde de pacientes complexos, considerando o aspecto amplo de seu conceito e a visão biopsicossocial (KUSNANTO; AGUSTIAN; HILMANTO, 2018).

A pesquisa buscará avaliar o uso da ferramenta INTERMED, já validada para trabalho na Atenção Primária a Saúde e com benefícios comprovados de uso na literatura em países onde a Atenção Primária é fortalecida e bem estruturada (OLIVEIRA, 2020). Avaliará o uso como ferramenta benéfica e eficaz para melhorias de prognóstico e qualidade de atendimento em saúde. Pode ser utilizada para diversos perfis de pacientes e presença de múltiplas doenças crônicas. Possui também boa evidência de uso na condução de casos complexos, triando e definindo tais casos, possibilitando estudos individualizados sobre vulnerabilidades, contextualizado na realidade social de cada paciente. A associação do estudo quantitativo de aplicação da ferramenta INTERMED junto ao componente qualitativo do Diário de Campo, considerando a percepção de pacientes e do residente de medicina de família e comunidade, descrevendo a experiência do uso do INTERMED na rotina de atendimentos ao nível da Atenção Primária a Saúde poderá permitir uma análise ou definição de quando utilizar a ferramenta. Tal avaliação ampliará o estudo de viabilidade e dos benefícios do uso da ferramenta, comparando dados quantitativos de acompanhamento dos casos complexos e confrontando com os desafios encontrados e com a literatura de base.

A elaboração do projeto ocorreu pela identificação de um problema prático, em atendimentos de MFC de que entender, trabalhar e ter uma visão integral do paciente, com auxílio dos domínios presentes no INTERMED, e uma análise quantitativa associada, auxiliariam na resolutividade, na melhora de prognóstico, na melhoria de condições de saúde, de funcionalidade, ansiedade, depressão, mudanças de hábitos de vida e adesão terapêutica para uma melhora do perfil fisiológico, além do fortalecimento de vínculo na relação médico-paciente. O instrumento poderia auxiliar complementando outros dados de prontuário. Poderia permitir também um maior entendimento da realidade do paciente, assim como já auxiliam outras ferramentas de abordagem familiar existentes em MFC, já utilizadas para casos específicos. O INTERMED poderia atuar, assim, melhorando a qualidade de vida, a assistência em saúde e a percepção de cuidado do paciente. O método INTERMED permitiria uma avaliação global e centrada na pessoa, auxiliando na triagem e plano conjunto de casos complexos, com avaliação prognóstica e auxiliando no atendimento integral e longitudinal do paciente na Atenção Primária a Saúde. Tal inserção permitiria redução de custos em saúde, maior resolutividade dos casos e definição objetiva de casos complexos de forma padronizada.

## **HIPÓTESES**

1. O INTERMED é um instrumento viável de ser aplicado por Médico de Família e Comunidade (MFC) na Atenção Primária em Saúde (APS), para auxiliar o planejamento de cuidados de pacientes complexos, conforme avaliação dos pacientes, feita através de questionários com perguntas abertas e fechadas.

2. O INTERMED é um instrumento viável de ser aplicado por MFC na APS, para auxiliar o planejamento de cuidados de pacientes complexos, conforme avaliação do MFC, feita através de diário de campo.
3. A realização do planejamento de cuidado de pacientes complexos, incluindo o uso do INTERMED, pelo MFC na APS, por período de 6 meses, está associada à resultados benéficos quanto às condições de saúde, avaliados através de medidas biológicas (pressão arterial e glicemia), psicológicas (PHQ-4), de funcionalidade (Quadros COOP/WONCA) e de qualidade de vida (WHOQoL-Bref).
4. A realização do planejamento de cuidado, incluindo o uso do INTERMED, pelo MFC na APS, está associada à uma melhora na percepção, pelo paciente complexo, da empatia oferecida por este profissional, após período de 6 meses, medida através da Escala CARE.
5. A realização do planejamento de cuidado em pacientes complexos, incluindo o uso do INTERMED, pelo MFC na APS, está associado à uma redução do escore do INTERMED após período de 6 meses de acompanhamento.
6. O grupo de pacientes complexos no qual é realizado o planejamento de cuidado, incluindo o uso do INTERMED, pelo MFC na APS, por período de 6 meses, apresenta um índice de absenteísmo às consultas na unidade de APS, durante esse período referido, menor que a média geral de absenteísmo às consultas do conjunto total dos pacientes dessa mesma unidade.

Esta pesquisa visa responder ao questionamento: O INTERMED é um instrumento viável a ser utilizado em Medicina de Família e Comunidade?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar a viabilidade da utilização da ferramenta INTERMED na prática clínica do MFC, para o planejamento do cuidado em pacientes complexos atendidos na APS.

### **Objetivos Específicos**

1. Avaliar a aplicabilidade do INTERMED na rotina de trabalho do MFC pela perspectiva do paciente.
2. Avaliar a aplicabilidade do INTERMED na rotina de trabalho do MFC pela perspectiva deste profissional de saúde.
3. Avaliar a aplicabilidade do INTERMED na rotina clínica frente à parâmetros relacionados à agenda médica (tempo total de aplicação apenas do INTERMED, tempo geral da consulta médica com a aplicação do INTERMED, momento de aplicação do INTERMED na consulta médica, formas de transcrever o INTERMED em prontuário, possibilidade de preenchimentos de dados do INTERMED com informações presentes em prontuário).
4. Avaliar as contribuições do INTERMED, enquanto ferramenta para sistematizar as necessidades e riscos de saúde, para o desenvolvimento do planejamento do cuidado personalizado de pacientes complexos, durante período de seis meses.

5. Avaliar as contribuições do INTERMED, enquanto ferramenta para facilitar a comunicação médico-paciente, para o desenvolvimento do planejamento do cuidado personalizado de pacientes complexos, durante período de seis meses.
6. Avaliar os resultados do planejamento de cuidado, usando o INTERMED, de pacientes complexos, após período de 6 meses, utilizando parâmetros clínicos biológicos, psicológicos, sociais, de funcionalidade e de qualidade de vida.
7. Comparar o absenteísmo do grupo de pacientes complexos submetidos ao planejamento de cuidados, usando o INTERMED, com o absenteísmo do conjunto de pacientes da unidade de APS, durante período de seis meses.

## **METODOLOGIA**

### **Contexto**

O projeto será realizado no Núcleo de Saúde da Família (“NSF”) VI, (com titulação de Unidade de Saúde da Família “Professor Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho”), unidade de saúde associada ao Complexo Acadêmico de Serviços de Saúde da FMRP-USP/HCFMRP-USP/FAEPA, onde a Pesquisadora Principal realiza a maior parte dos seus estágios de APS, dentro do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

### **Cálculo Amostral**

O cálculo da amostra será baseado na população total de pacientes adultos das microáreas 1 e 3, do NSFVI – a qual é a área sob responsabilidade da pesquisadora principal durante os seus 2 anos de Residência - totalizando 647 pessoas, de acordo com cadastro na unidade. A amostra adequada possui variação entre 3% a 6% a partir da população assistida, considerada a proporção de pacientes complexos a serem acompanhados por médico que realiza o planejamento do cuidado. (KATHOL; PEREZ; COHEN, 2010)

A amostra terá um total de 51 pacientes e seus prontuários individuais, para aplicação da ferramenta INTERMED. A amostra final foi obtida pelo cálculo:  $647 \times 0,06 = 38,82$  (considerado o valor arredondado de 39). Para um percentual de 30% de perda durante o período de seis meses:  $39 \times 1,3 = 50,70$  (considerado o valor arredondado de 51 pacientes).

### **Crítérios de Inclusão:**

\*Serão aceitos para a pesquisa pacientes que apresentarem pelo duas das condições abaixo:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica
2. Diabetes Mellitus
3. Obesidade
4. Outras doenças crônicas
5. Tabagismo
6. Etilismo
7. Transtorno afetivo
8. Espectro da esquizofrenia
9. Transtorno de personalidade

**Crêterios de Exclusão:**

- Pacientes menores de 18 anos;
- Pacientes que mudem de área de abrangência, de endereço, e saiam da cobertura de atendimentos do Núcleo de Saúde da Família VI durante o período da pesquisa;
- Pacientes com disfun o cognitiva ou de linguagem que não consigam compreender a entrevista ou a elabora o do planejamento do cuidado.

**Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo de viabilidade, longitudinal, que entrevistar  e acompanhar  pacientes complexos pertencentes às microáreas 1 e 3, atendidos pela pesquisadora principal, residente de MFC, no NSF VI.

A viabilidade do instrumento INTERMED será avaliada através da opinião do paciente (sobre sua compreensão de perguntas e respostas, relevância da descri o de aspectos da saúde importantes para o cuidado), tempo de dura o da aplica o do INTERMED, dura o da aplica o do instrumento (OLIVEIRA, 2020)

Serão realizadas análises quantitativas (análises estatísticas, defini o do escore total e médio do INTERMED e entre os domínios do INTERMED, registro do tempo de entrevista) e qualitativas (com preenchimento do diário de campo do médico durante o acompanhamento do estudo e aplica o do INTERMED, contendo informa es sobre a percep o do examinador para a aplica o do instrumento na aten o básica, dificuldades apresentadas, facilidades e temas recorrentes abordados por pacientes durante as entrevistas com o INTERMED).

**Treinamento sobre o uso do INTERMED**

Realizados treinamentos para a aplica o do instrumento INTERMED com 3 aulas teóricas gravadas, um encontro presencial para treinamento prático da entrevista, além de matriciamento sobre uso da ferramenta, por pesquisadora que validou o instrumento para a Aten o Primária a Saude. (OLIVEIRA, 2020)

**Etapas da Coleta de Dados**

1. Os pacientes serão recrutados usando um instrumento desenvolvido para a pesquisa chamado *Card Needs*, durante os três primeiros meses da pesquisa. A pesquisadora/médica irá preencher o instrumento em todos os atendimentos de pacientes adultos. Até completarem os primeiros 51 pacientes com maior nota do instrumento.

2. Após a análise de elegibilidade dos pacientes, os mesmos serão convidados para participarem da pesquisa. Os pacientes que aceitarem assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE C).

3. Outros instrumentos serão aplicados tanto na primeira consulta do paciente para o planejamento do cuidado, para se estabelecer parâmetros de melhoria, quanto na última consulta, para avaliar a evolu o do paciente após as a es do planejamento do cuidado. Na primeira consulta, os seguintes instrumentos serão aplicados na seguinte ordem: a) Quadros COOP WONCA (para avalia o de funcionalidade); b) escala PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4, para

avaliação de depressão e ansiedade); c) Escala de Qualidade de Vida WHOQo1- Bref (para avaliação da qualidade de vida), d) INTERMED, e) Escala de Aplicabilidade do INTERMED, f) Questionário Socio-demográfico.

4. A Escala CARE (avaliação da percepção da empatia do MFC pelo paciente) será aplicada por outro pesquisador (assistente) para sanar qualquer viés de aplicação e confiabilidade dos dados. A escala será aplicada em dois momentos distintos: 1) antes da primeira consulta dos pacientes recrutados e cientes da pesquisa; e 2) após a última consulta do planejamento do cuidado.

5. Os parâmetros fisiológicos como Pressão Arterial, Glicemia, índice de massa corporal (IMC), colesterol, informações sobre tabagismo, etilismo e dados sobre o uso do serviço de saúde serão obtidos utilizando os prontuários individuais, tanto na primeira quanto na última consulta.

6. Esses pacientes terão acompanhamento durante 6 meses, com planejamento do cuidado, usando o INTERMED, realizado pela pesquisadora/médica

7. Para o planejamento do cuidado será realizado a tomada de decisão compartilhada entre pesquisadora/médica e paciente, no qual conterà objetivos, metas e ações biopsicossociais condizentes com as necessidades de saúde identificadas nos itens do INTERMED e nas condições de saúde encontradas no prontuário e identificado pela pesquisadora/médica relacionadas com questões de melhoria da funcionalidade e de qualidade de vida, além dos parâmetros fisiológicos e comportamentais.

8. Ao final dos seis meses de acompanhamento do planejamento do cuidado, serão coletados a quantidade de atendimentos e faltas de todos os pacientes adultos atendidos pela pesquisadora/médica no período da pesquisa.

9. A cada consulta a pesquisadora/médica irá anotar no diário de campo suas percepções sobre barreiras e facilitadores sobre a aplicação do INTERMED e planejamento do cuidado.

## **Instrumentos utilizados**

1. **Instrumento “Cartão de Necessidades”** (APÊNDICE A) para selecionar os pacientes complexos para o planejamento de cuidados

Desenvolvido para a pesquisa com o intuito de recrutar os pacientes elegíveis para o estudo. É baseado no “Needs Cards” proposto por Holtrop et al., 2017, no texto “Care Management: An Implementation Guide for Primary Care Practices”, publicado sob auspícios da “Agency for Healthcare Research and Quality” norte-americana. A pesquisadora/médica preencherá a tabela 1, e os pacientes que somarem 2 pontos ou mais poderão ser elegíveis para o planejamento do cuidado.

Serão aceitos os 51 pacientes que apresentarem maior nota.

Tabela 1 – *Cartão de Necessidades* para seleção e recrutamento dos pacientes

<b>Crítérios de Inclusão</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>A.</b> Apresenta Hipertensão Arterial	0	1
<b>B.</b> Apresenta Diabetes Mellitus	0	1
<b>C.</b> Apresenta Obesidade	0	1
<b>D.</b> É tabagista	0	1
<b>E.</b> É etilista	0	1
<b>F.</b> Apresenta transtorno afetivo	0	1
<b>G.</b> É pertencente ao espectro da esquizofrenia	0	1
<b>H.</b> Apresenta transtorno de personalidade	0	1
<b>I.</b> Apresenta alguma outra doença crônica	0	1
<b>J.</b> Apresenta ansiedade ou depressão	0	1

**2. INTERMED (ANEXO A)** - instrumento baseado em uma entrevista semi-estruturada para triagem de pacientes complexos e avaliação de necessidades de saúde.

O INTERMED consiste em uma entrevista semi-estruturada, validada para aplicação na Atenção Primária e que avalia a complexidade das necessidades de cuidados de saúde do paciente. Possui quatro domínios - biológico, psicológico, social e sistema de saúde - contendo 20 variáveis, e compondo uma matriz constituída de três eixos temporais). É uma ferramenta que facilita o planejamento conjunto dos cuidados em saúde, possibilitando cuidados de saúde mais eficazes e centrados na pessoa. (STIEFEL et al., 2006; WEBER et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2020)

**3. Escala CARE (ANEXO D)** - para avaliação de vínculos de comunicação efetiva e empatia, na perspectiva do paciente.

A Escala CARE (Consultation and Relational Empathy) é uma escala de avaliação de empatia clínica originada na Escócia, desenvolvida para a prática médica. Foi traduzida para o português do Brasil e validada para consultas ao nível de atendimento primário, com compreensão fácil e uso por pacientes do sistema público de saúde. Parte do princípio de que o grau de empatia percebida pelo paciente durante consulta influencia a efetividade da intervenção médica. Trata-se de um instrumento composto por 10 itens. A graduação ocorre com uma pontuação que varia entre 1 e 5. Fornece um escore final, após soma de todos os itens, entre 10 e 50. (MERCER et al., 2004; SCARPELLINI et al., 2014)

**4. COOP/WONCA (ANEXO E)** - instrumento para medir funcionalidade.

O COOP/WONCA, quadros desenvolvidos pela Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network (COOP) e World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) avalia 6 aspectos centrais do estado funcional: aptidão física, sentimentos, atividades diárias, atividades sociais, mudanças na saúde e saúde geral. (DE AZEVEDO MARQUES et al., 2011)

**5. Escala PHQ-4 (ANEXO G)** - um instrumento utilizado para medição de depressão e ansiedade.

O “Patient Health Questionnaire-4” (PHQ-4) consiste em um inventário contendo 4 itens em escala do tipo Likert com 4 pontos. Tais itens foram extraídos dos dois primeiros itens da “escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada-7” (GAD-7) e do “Questionário de

Saúde do Paciente-8” (PHQ-8). Objetiva uma medição breve e precisa da depressão e da ansiedade. A mudança dos escores do PHQ-4 é fortemente associada ao comprometimento funcional, dias de incapacidade e uso de assistência médica. (KROENKE et al., 2009)

- 6. Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL-bref (ANEXO F)** - um instrumento de avaliação de qualidade de vida, composto por 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O WHOQOL-bref é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que demanda pouco tempo para ser aplicado e avalia a qualidade de vida em grupos diversificados, independente da escolaridade do indivíduo. Descreve a percepção do sujeito sobre a saúde física, psicológica, em relação ao ambiente em que vive e às relações sociais. (WHO, 1997; FLECK et al., 1999; ALMEIDA-BRASIL et al., 2017)

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, formuladas para respostas em escalas Likert. Dentre suas questões, duas abordam a qualidade de vida em geral e as demais 24 questões estão divididas em quatro domínios: físicos, psicológico, relações sociais e ambiente. (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017)

- 7. Escala de Avaliação da Aplicabilidade do INTERMED por parte dos pacientes (ANEXO B)**

Trata-se de um questionário direcionado a pacientes, desenvolvido pela pesquisadora responsável pela validação do INTERMED na Atenção Primária, em escala Likert (com possíveis respostas à cada um dos ítems), abordando: nível de satisfação em relação à compreensão de perguntas e respostas; satisfação do paciente em relação ao tempo de aplicação; e a relevância de abordagem das perguntas nos domínios do INTERMED (biológico, psicológico, social e de sistemas de saúde) para contribuir à prestação de cuidados em saúde. (OLIVEIRA, 2020)

- 8. Questionário de Uso de Serviços de Saúde nos últimos seis meses**

(APÊNDICE B)

Questionário desenvolvido pela pesquisadora responsável pela validação do INTERMED na Atenção Primária, adaptado do Questionário do Estudo SABE (LEBRÃO; LAURENTI, 2005), e adaptado à esta pesquisa, com foco no uso dos serviços de saúde por pacientes (Atenção Básica e outros serviços de saúde-departamento de emergência, internações hospitalares e consultas em especialistas, além do uso de medicamentos pelo paciente) nos últimos seis meses que antecederão a entrevista. (OLIVEIRA, 2020)

- 9. Questionário Socio-demográfico**

(ANEXO C)

Questionário desenvolvido pela pesquisadora responsável pela validação do INTERMED na Atenção Primária para registro de informações socio-demográficas



para análises dos pacientes atendidos na unidade de saúde de realização da pesquisa, relacionadas a sexo, cor, escolaridade, estado civil, idade, moradia, emprego e situação profissional, informações de rua e abastecimento de água em casa, possuir ou não itens de conforto.

## 10. Diário de Campo

Será elaborada uma estrutura sistematizada para que a pesquisadora/médica possa preencher o Diário de Campo utilizando as mesmas variáveis quantitativas e qualitativas para todos os pacientes e consultas do planejamento do cuidado.

### Plataforma Digital para coleta, armazenamento e gerenciamento dos dados

Todos os dados quantitativos e qualitativos da pesquisa serão coletados, gerenciados e armazenados utilizando REDCap (Research Electronic Data Capture) (HARRIS et al., 2019), que consiste em ferramenta para capturar dados em plataforma web hospedada na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto ( <https://research.fmrp.usp.br/>).

Os dados qualitativos serão registrados em diário de campo do médico pesquisador.

### Análise dos Dados

#### 1. Análise Quantitativa

A análise estatística dos dados será conduzida usando o software estatístico gratuito Jamovi (<https://www.jamovi.org/>).

O questionário de Aplicabilidade do INTERMED para os pacientes possui 7 itens fechados. Cada um dos 7 itens terá suas 5 possibilidades de respostas agrupadas em “satisfatória” e “insatisfatória”.

Para análise de viabilidade serão utilizadas distribuições de frequências simples e relativas de respostas “satisfatória” e “insatisfatória” para cada um dos 7 itens questionados aos pacientes, no questionário de Avaliação de Aplicabilidade do INTERMED para os pacientes, a presença de informações de cada uma das variáveis do INTERMED nos prontuários e a aplicação do INTERMED, com registro do tempo de aplicação, no momento da entrevista com o paciente, durante consulta médica.

Para analisar a significância estatística para os dados categóricos será utilizado o  $\chi^2$  de Pearson. O teste do qui-quadrado também será realizado para comparar os dados das variáveis e domínios do INTERMED.

#### 2. Análise Qualitativa

A análise qualitativa dos dados será feita através da avaliação dos registros do diário de campo e das respostas dos pacientes para as perguntas abertas do Questionário de Aplicabilidade do INTERMED (OLIVEIRA, 2020), realizados a partir da consulta inicial até o final do acompanhamento dos pacientes complexos e seus planos de cuidados. Será utilizada uma perspectiva teórica de Análise de Conteúdo. (MINAYO, 2014)

## ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes da pesquisa terão pleno conhecimento do estudo e de seus objetivos e, caso concordem em participar do estudo, deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As ferramentas serão preenchidas de maneira a não permitir identificação dos participantes. As entrevistas assim como o acompanhamento dos pacientes acontecerão em consultório médico, durante atendimentos, em ambiente confortável e com privacidade.

A pesquisa obedecerá às orientações determinadas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto terá início após aprovação pelo Comitê de Ética e não possui fins lucrativos, não envolvendo pagamento para os entrevistados ou para os elaboradores, contando com a livre colaboração e disponibilidade dos participantes.

Não será realizada identificação dos participantes nos questionários e ferramenta utilizada, garantindo absoluto sigilo de identidade pessoal.

## CRONOGRAMA

<b>Cronograma de Execução</b>		
<b>Atividade</b>	<b>Período</b>	
	<b>Início</b>	<b>Termino</b>
Envio do projeto ao CEP	<b>1° mês</b>	<b>4° mês</b>
Revisão de literatura	<b>1° mês *</b>	<b>24° mês</b>
Recrutamento de pacientes	<b>5° mês **</b>	<b>8° mês</b>
Acompanhamento do grupo experimental	<b>9° mês</b>	<b>15° mês</b>
Coleta e Análise dos dados	<b>9° mês</b>	<b>18° mês</b>
Redação do relatório final	<b>18° mês</b>	<b>24° mês</b>
Elaboração do artigo científico	<b>18° mês</b>	<b>24° mês</b>
Defesa	<b>24° mês</b>	<b>-----</b>

\* Etapa já iniciada

\*\*Etapa com início apenas após aprovação do Comitê de Ética (referente aos pacientes e aos profissionais).

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

## RESULTADOS ESPERADOS

1-Espera-se que o INTERMED tenha aplicação viável em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Atenção Primária em Saúde (APS), para auxiliar o planejamento de cuidados de pacientes complexos, com uma melhora da situação de saúde dos pacientes, levando em consideração a qualidade de vida, funcionalidade, ansiedade, depressão e medidas fisiológicas.

2-Espera-se que a triagem de pacientes complexos com o INTERMED facilite o planejamento do cuidado personalizado, direcionado e otimizado, pela possibilidade de sistematização e direcionamento de um plano terapêutico com base em necessidades de saúde personalizadas.

3-Espera-se que o INTERMED, com o foco nos domínios que precisem de abordagens diferenciadas a cada paciente, sinalize resultados positivos em melhorias de saúde para o paciente ao final do acompanhamento.

4-Espera-se que o INTERMED fortaleça a relação médico-paciente e que a entrevista inserida na anamnese médica amplie a percepção de empatia pelo paciente, influenciando positivamente na adesão do paciente ao plano de cuidados em saúde.

5-Espera-se que o grupo de pacientes complexos, no qual foi realizada aplicação do INTERMED e o planejamento do cuidado com base nas necessidades de saúde apontadas via INTERMED inserido na consulta médica, no período de 6 meses, apresente um índice de absenteísmo em consultas médicas menor do que a média geral, ao ser comparado com o conjunto total dos pacientes dessa mesma unidade de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEN, J. et al. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral /Medicina Familiar). **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 21, n. 5, p. 511-516, 2005.
2. ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017. Disponível em: [Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>](https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015). Acessado em: 6 de junho de 2022.
3. ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n.1, p. 61-67, 2005.

4. ANDRADE, H. S. et al. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saude Coletiva**, v. 28, n. 3, e280311, 2018.
5. BEN-MENACHEM, S. et al. How do healthcare providers construe patient complexity? A qualitative study of multimorbidity in HIV outpatient clinical practice. **BMJ Open**, v. 11, e051013, 2021.
6. BIRN A. Back to Alma-Ata, From 1978 to 2018 and Beyond. **AJPH**, v.108, n. 9, p. 1153-1155, 2018.
7. BOENINK A.; HUYSE, F. Arie Querido (1901-1983): a Dutch psychiatrist: his views on integrated health care. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 43, n. 6, p. 551-557, 1997.
8. BORELL-CARRIO, F.; SUCHMAN, A. L.; EPSTEIN, R. M. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 6, p. 576-582, 2004.
9. CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
10. COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 1, e00170917, 2019.
11. COPPA, D.; WINCHESTER, S. B.; ROBERTS, M. B. Home-based nurse practitioners demonstrate reductions in rehospitalizations and emergency department visits in a clinically complex patient population through and academic-clinical partnership. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 30, n. 6, p. 335-343, jun. 2018.
12. DE JONGE, P. et al. Timing of Psychiatric Consultations: The Impact of Social Vulnerability and Level of Psychiatric Dysfunction. **Psychosomatics**, v. 41, n. 6, p. 505-511, 2000.
13. DE JONGE, P. 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. 534-541, 2003.
14. DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saude da família de Curitiba, PR. **Saude Soc.** São Paulo, v.18, n.3, p.515-524, 2009.
15. EXWORTHY, M. The enduring legacy of Alma Ata: 30 years on. **London Journal of Primary Care**, v. 1, p. 81-84, 2008.
16. FLECK, M. P. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>>. Acessado em 4 de Junho de 2022.
17. GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saude e sistemas universais de saude: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saude Pública**, v. 35, n.3, e.00012219, 2019.
18. 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.
19. HOLTROP, J. et al. **Care Management: An Implementation Guide for Primary Care Practices**. Agency for Healthcare Research and Quality, 2017.
20. HUYSE, F. J. From consultation to complexity of care prediction and health servisse needs assessment. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 43, n. 3, p.233-240, 1997.

21. HUYSE, F. J. et al. "INTERMED": a method to assess health service needs I. Development and reliability. Development and reliability. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 39-48, 1999.
22. HUYSE, F. J. et al. INTERMED Complexity Assessment Grid. INTERMED Foundation, 2009.
23. IGLESIAS, F. H. et al. Clustering complex chronic patients: a cross-sectional Community study from the general practitioner's perspective. **International Journal of Integrated Care**, v. 21, n. 2, p. 1-14, 2021.
24. JANAUDIS, M. A. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. **O Mundo da Saude**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.300-310, 2010.
25. KATHOL, R. G.; PEREZ, R.; COHEN, J. S. **The integrated case management manual: assisting complex patients regain physical and mental health**. New York: Springer, 2010.
26. KROENKE, K. et al. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. **Psychosomatics**. v.50, n. 6, p. 613-21, nov-dec. 2009.
27. KUSNANTO, H.; AGUSTIAN, D.; HILMANTO, D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 7, n. 3, p. 497-500, 2018.
28. LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Health, Well-Being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.
29. LIMA, M.P. **Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico**. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2014.
30. LOBO, A. et al. The ECLW collaborative study II: Patient Registration Form (PRF) instrument, training and reliability. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 40, n. 2, p. 143-156, 1996.
31. LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1–13, 2015.
32. MALTERUD, K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. **The Lancet**, v. 358, n. 9280, p. 483-488, 2001.
33. MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saude: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.
34. MERCER, S. W. et. al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Fam Pract.** v. 21, n. 6, p. 699-705, 2004.
35. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
36. MOLINA-AZORIN, J. F. Mixed methods research: An opportunity to improve our studies and our research skills. **European Journal of Management and Business Economics**, v. 25, n. 2, p. 37-38, 2016.
37. MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saude da Família e formação do futuro profissional de saude. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.
38. OLIVEIRA, Camila Almeida de. **A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

39. OLIVEIRA, C. A. de et al. Health complexity assessment in primary care: a validity and feasibility study of the INTERMED tool. **PLoS ONE**, v. 17, n. 2, e0263702, 2022.
40. PEREIRA, M. G; SMITH, T. E. Evolution of the biopsychosocial model in the practice of Family Therapy. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 6, n. 2, p. 455-467, 2006.
41. PINTO, A. G. A. et al. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 920-927, 2017.
42. 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, 2008.
43. SCARPELLINI, G.R. et al. Escala CARE de empatia: tradução para o português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.47, n.1, p. 51-8, 2014.
44. STANDISH, R. K. Concept and Definition of Complexity. **Intelligent Complex Adaptive Systems**, p. 105-124, 2008.
45. STEWART et al. **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. Third edition ed. London: Radcliffe Publishing, 2014.
46. 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, 1999.
47. 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, 2006.
48. STIEFEL, F. C. et al. Effects of a Multifaceted Psychiatric Intervention Targeted for the Complex Medically III: A Randomized Controlled Trial. **Psychother Psychosom**, v. 77, p.247-56, 2008.
49. VAN WEEL, C. et al. **Measuring Functional Health Status With the COOP/WONCA Charts. A Manual**. Groningen, The Netherlands: WONCA, ERGHO, and NCH-University of Groningen; 1995.
50. VERHOEF, M.; CASEBEER, A. L. Broadening horizons: Integrating quantitative and qualitative research. **Can J Infect Dis**, v. 8, n. 2, 1997.
51. WEBER, B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a Língua Portuguesa: estudo em pacientes hospitalizados**. Tese doutorado – São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.
52. WHO. **WHOQOL: Measuring Quality of Life**. Geneva: World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – CARTÃO DE NECESSIDADES (CARD NEEDS)

*Cartão de Necessidades (Card Needs) para seleção e recrutamento dos pacientes*

<b>Crítérios de Inclusão</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>A. Apresenta Hipertensão Arterial</b>	0	1
<b>B. Apresenta Diabetes Mellitus</b>	0	1
<b>C. Apresenta Obesidade</b>	0	1
<b>D. É tabagista</b>	0	1
<b>E. É etilista</b>	0	1
<b>F. Apresenta transtorno afetivo</b>	0	1
<b>G. É pertencente ao espectro da esquizofrenia</b>	0	1
<b>H. Apresenta transtorno de personalidade</b>	0	1
<b>I. Apresenta alguma outra doença crônica</b>	0	1
<b>J. Apresenta ansiedade ou depressão</b>	0	1

Referência: HOLTROP, J. et al. **Care Management: An Implementation Guide for Primary Care Practices**. Agency for Healthcare Research and Quality, 2017.

## APÊNDICE B

**Adaptado (OLIVEIRA, 2020)**

### Questionário de Uso de Serviços de Saúde nos últimos seis meses

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

Tipo de Consulta	Número de Consultas
Consulta Médica	
Consulta Eventual	

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

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

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

4 - Houve prescrição de medicamento para doenças crônicas?

5 - Quantidade de medicamentos prescritos?

6 - Houve redução da quantidade de medicamentos prescritos?

7 - Houve referência para nível secundário?

8 - Paciente foi encaminhado para centro de reabilitação?

9 - Paciente foi encaminhado para o CAPS?

10 - Paciente foi encaminhado para consulta com especialista?

11 - Paciente mudou de residência?

12 - A estrutura familiar foi modificada?

Referência: OLIVEIRA, Camila Almeida de. **A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### VIABILIDADE DA UTILIZAÇÃO DO INTERMED NO TRABALHO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES PARA CASOS COMPLEXOS

O Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa por ser um paciente atendido no Núcleo de Saúde da Família VI, cujo objetivo é analisar a viabilidade do uso da ferramenta INTERMED na rotina de atendimentos em Medicina de Família e Comunidade, avaliando também se um conjunto de perguntas (INTERMED), aplicado por entrevista face a face, produz mais informações completas e sistemáticas sobre os vários aspectos da sua vida, em comparação com a obtenção dessas informações através da leitura do seu prontuário na unidade de saúde. A entrevista terá duração de até 40 minutos, no qual o senhor(a) responderá os seguintes protocolos, instrumentos aplicados, na primeira consulta que iniciará a pesquisa e na última consulta, após o acompanhamento de 6 meses da pesquisa: **INTERMED** (uma entrevista semi-estruturada), **Escala CARE** (para avaliação de empatia), **COOP-WONCA** (instrumento para medir funcionalidade), **Escala PHQ-4** (para medir depressão e ansiedade), **Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref**, **Escala de Avaliação da Aplicabilidade do INTERMED**, **Questionário do Uso de Serviços de Saúde nos últimos 6 meses**, **Questionário Socio-demográfico**. Dados de prontuário eletrônico, assim como valores de glicemia, pressão arterial, medidas de colesterol (lipidograma), peso e índice de massa corporal, serão coletados para fins comparativos e de estudo, com absoluto sigilo.

A pesquisa terá duração de 6 meses, com acompanhamento realizado em consultas médicas com a pesquisadora principal. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Os riscos que podem ocorrer serão apenas referentes a algum constrangimento que por ventura o senhor(a) possa sentir ao responder a determinada questão de algum protocolo, contudo suas informações serão tratadas de forma sigilosa e respeitosa.

Além de aceitar responder às questões da pesquisa, o Senhor(a) precisará autorizar o uso das informações contidas no seu prontuário do serviço de saúde para uma posterior análise.

Seu nome não aparecerá em qualquer momento desta análise, pois você será identificado(a) por um número, garantindo assim a manutenção do sigilo por não haver exposição da sua identidade ou nome. Você poderá tirar todas as dúvidas que tiver sobre a pesquisa no momento que quiser; poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Pela sua participação na pesquisa, não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

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

RG:

CPF:

Confirmo que li e ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve a pesquisa e qual procedimento ao qual eu irei ser submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não afetará meu tratamento. Sei que o meu

nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar da pesquisa. Eu concordo com a minha participação no estudo.

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

Ribeirão Preto, Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Informações da Pesquisadora responsável: Cely Carlyne Pontes Morcerf

Fone: (82) 999872656 Email: [celyfmrpusp@gmail.com](mailto:celyfmrpusp@gmail.com)

Qualquer dúvida sobre ética e procedimentos da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética. Informações do Comitê de Ética em Pesquisa: USP – Centro de Saude Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Rua: Teresina 690. Sumarezinho – Ribeirão Preto – SP. Horário de funcionamento: 08:00 às 17:00hrs.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### 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



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

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

Referência:

OLIVEIRA, Camila Almeida de. **A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

## ANEXO B – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE

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

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

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

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

Em relação ao Intermed, responda às questões colocadas abaixo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

---

---

---

---

---

---

**Agradecemos a sua participação**

Referência:

OLIVEIRA, Camila Almeida de. **A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

### Questionário sócio demográfico

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

Data de Nascimento/ idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Cor: branco ( ) negro ( ) pardo ( )

Endereço:

Telefone: \_\_\_\_\_ Hygia: \_\_\_\_\_

Possui alguma doença crônica:

Motivo de mais procurar a Unidade de Saúde:

Possui filhos:

Mora com quem:

Escolaridade:

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

#### Situação Profissional

Empregado	
Desempregado	
Afastado	
Aposentado	
Autônomo	

#### Estado Civil

Solteiro	
Casado	
Amigado	
Divorciado	
Separado	
Viúvo	

## QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

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

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

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

Referência: OLIVEIRA, Camila Almeida de. **A complexidade das necessidades de saúde na atenção básica avaliada pelo INTERMED**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

## ANEXO D - Escala CARE

Tabela 1

Versão brasileira da escala CARE

Por favor, avalie as afirmações abaixo a respeito da consulta de hoje. Por favor, selecione apenas uma resposta por item e responda a todos os itens.						
Como foi o médico ou a médica em	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
1. Deixar você à vontade (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deixar você contar sua "história" (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Realmente ouvir (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar "apenas como um número")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Entender plenamente suas preocupações (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ser positivo (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Explicar as coisas claramente (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ajudar você a manter o controle (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar "dando sermão")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Planejar junto com você o que será feito (conversando sobre as possibilidades, envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os valores dos itens individuais são somados fornecendo o score final entre 10 e 50. Quando houver a opção por "Não se aplica" ou faltar dados, eles podem ser substituídos pela média dos demais valores obtidos. Questionários faltando mais de dois itens ou com mais do que duas respostas "Não se aplica" devem ser desconsiderados.

Referência: SCARPELLINI, G.R. et al. Escala CARE de empatia: tradução para o português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.47, n.1, p. 51-8, 2014.

## ANEXO E – QUADROS COOP – WONCA






“Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua vida nas últimas duas semanas. Por favor, indique a resposta que você considerar correta para cada uma das perguntas”

		Escore
01	Capacidade Física	
02	Sentimentos	
03	Atividades do Dia-a-Dia	
04	Atividades Sociais	
05	Mudanças no Estado de Saúde	
06	Estado Geral de Saúde Total	
	Total	

### Capacidade Física

Durante as últimas duas semanas...

Qual foi o esforço físico mais difícil que você conseguiu fazer durante pelo menos 2 minutos?






Muito intenso, (por exemplo) correr muito rápido		<b>1</b>
Intenso, (por exemplo) correr um pouco rápido		<b>2</b>
Moderado, (por exemplo) andar apressado		<b>3</b>
Leve, (por exemplo) andar devagar		<b>4</b>
Muito leve, (por exemplo) andar muito devagar ou não ser capaz de andar		<b>5</b>



**Sentimentos**

Durante as últimas duas semanas...






Quanto você tem ficado incomodado(a) com problemas emocionais como se sentir ansioso(a), deprimido(a), irritado(a) ou abatido(a) e triste?

Nem um pouco		<b>1</b>
Um pouco		<b>2</b>
Moderadamente		<b>3</b>
Bastante		<b>4</b>
Extremamente		<b>5</b>

### Atividades do Dia-a-Dia

Durante as últimas duas semanas...

Quanta dificuldade você tem encontrado para fazer o seu trabalho ou as suas tarefas do dia-a-dia, tanto dentro como fora de casa, por causa da sua condição física ou do seu estado emocional?

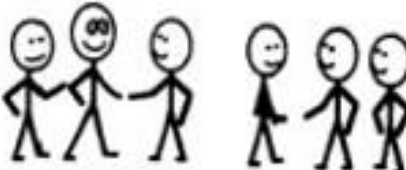
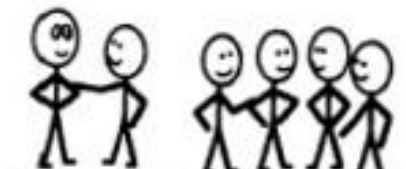



Nenhuma dificuldade			<b>1</b>
Pouca dificuldade			<b>2</b>
Alguma dificuldade			<b>3</b>
Muita dificuldade			<b>4</b>
Não consigo fazer nada			<b>5</b>

v

### Atividades Sociais











Durante as últimas duas semanas...

A sua condição física ou o seu estado emocional tem limitado as suas atividades sociais com a sua família, amigos, vizinhos ou com outros grupos pessoas?

Nem um pouco		1
Um pouco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Extremamente		5

### Mudanças no Estado de Saúde






Como você acha que está a sua saúde hoje comparando com duas semanas atrás?

Muito melhor	 	1
Um pouco melhor	 	2
Do mesmo jeito	 	3
Um pouco pior	 	4
Muito pior	 	5

## Estado Geral de Saúde

Durante as últimas duas semanas...

Como você avaliaria a sua saúde de modo geral?

Excelente		1
Muito boa		2
Boa		3
Regular		4
Ruim		5

Referência:

VAN WEEL, C. et al. **Measuring Functional Health Status With the COOP/WONCA Charts. A Manual.** Groningen, The Netherlands: WONCA, ERGHO, and NCH-University of Groningen; 1995.

## ANEXO F – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL BREF

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?  
.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?  
.....

Referência:

FLECK, M. P. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>>. Acessado em 4 de Junho de 2022.



### ANEXO G - PHQ-4 - O “Patient Health Questionnaire-4” (PHQ-4)

Durante as últimas 02 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado (a) por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Se sentir “para baixo”, deprimido ou sem perspectiva	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	(0)	(1)	(2)	(3)

Copyright © 2005 Pfizer Inc.

#### Referências:

KROENKE, K. et al. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. v.50, n. 6, p. 613-21, nov-dec. 2009.

LIMA, M.P. **Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico**. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2014.

