



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ

**IDENTIFICAÇÃO DE CASOS COMPLEXOS NO CUIDADO HOSPITALAR NO
ÂMBITO DA CONSULTORIA EM PSIQUIATRIA**

Porto Alegre
2023

GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ

**IDENTIFICAÇÃO DE CASOS COMPLEXOS NO CUIDADO HOSPITALAR NO
ÂMBITO DA CONSULTORIA EM PSIQUIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Kunz
Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker

Porto Alegre
2023

CIP - Catalogação na Publicação

Kurtz, Guilherme
IDENTIFICAÇÃO DE CASOS COMPLEXOS NO CUIDADO
HOSPITALAR NO ÂMBITO DA CONSULTORIA EM PSIQUIATRIA /
Guilherme Kurtz. -- 2023.
48 f.
Orientador: Maurício Kunz.

Coorientador: Ricardo Kuchenbecker.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Médica, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. Análise da Complexidade. 2. Assistência
Hospitalar. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4.
Consultoria. 5. Psiquiatria. I. Kunz, Maurício,
orient. II. Kuchenbecker, Ricardo, coorient. III.
Título.

Aos pacientes, que colaboram nesse projeto de crescimento mútuo. Aos colegas de residência médica, que me fizeram apreciar a viagem. À Maria Augusta por sempre estar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os mestres que fizeram parte da minha formação, em especial aos Professores Maurício Kunz e Ricardo Kuchenbecker por terem me incentivado desde o início nessa empreitada.

Agradeço também aos integrantes do grupo de pesquisa sobre as consultorias em saúde mental que através dos debates semanais ajudaram esse trabalho a tomar forma.

RESUMO

O estudo teve como propósito estabelecer métodos mais eficazes para a identificação de pacientes com necessidades complexas de cuidado no contexto da consultoria em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica abordando as características da "complexidade" em medicina e as diferentes formas de operacionalizar esse conceito para aplicação na prática clínica. Posteriormente, uma avaliação retrospectiva foi conduzida em um caso selecionado, atendido na consultoria de psiquiatria do hospital, a fim de avaliar a aplicabilidade desses métodos no contexto específico. Dentre as várias definições e abordagens identificadas, o método INTERMED foi escolhido e aplicado ao caso selecionado, destacando-se por demonstrar potencial na identificação aprimorada de situações consideradas complexas e no planejamento terapêutico associado. Conclui-se sobre o estudo que o INTERMED pode ser uma ferramenta valiosa para auxiliar na identificação e planejamento do cuidado de casos complexos atendidos na consultoria de psiquiatria, ressaltando sua facilidade de adaptação e implementação na rotina do consultor.

Palavras-chave: consultoria psiquiátrica; complexidade; casos complexos; INTERMED; identificação.

ABSTRACT

The study aimed to establish more effective methods for identifying patients with complex care needs in the context of psychiatric consultation at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Initially, a literature review was conducted addressing the characteristics of "complexity" in medicine and the different ways of operationalizing this concept for application in clinical practice. Subsequently, a retrospective evaluation was carried out on a selected case seen in the hospital's psychiatric consultation service to assess the applicability of these methods in the specific context. Among the various definitions and approaches identified, the INTERMED method was chosen and applied to the selected case, standing out for demonstrating potential in enhanced identification of situations considered complex and in subsequent therapeutic planning. The study concludes that INTERMED can be a valuable tool to assist in the identification and planning of care for complex cases in psychiatric consultation, emphasizing its ease of adaptation and implementation in the consultant's routine.

Keywords: psychiatric consultation; complexity; complex cases; INTERMED; identification.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grade INTERMED.....	24
Tabela 2 - Grade INTERMED pontuada.....	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLP	Consultation-Liaison Psychiatry
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	100
1.1	JUSTIFICATIVA	111
1.2	OBJETIVOS	12
1.2.1	Objetivo geral.....	13
1.2.2	Objetivos específicos.....	13
2	MÉTODOS	14
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	CONCEITO DE COMPLEXIDADE.....	15
3.2	DEFINIÇÕES CLÍNICAS DE COMPLEXIDADE.....	156
3.3	MODELOS TEÓRICOS DE COMPLEXIDADE.....	158
3.4	COMPRI E INTERMED	1520
3.4.1	COMPRI.....	1520
3.4.2	INTERMED.....	1521
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1	RESULTADOS.....	26
4.1.1	Aplicação do INTERMED no âmbito da consultoria de psiquiatria	136
4.1.2	Estudo de caso.....	138
4.2	DISCUSSÃO	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXO 1 – VÁRIAVEIS CLÍNICAS DO INTERMED E PONTOS DE ANCORAGEM.....	43

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento exerce uma profunda influência na saúde psíquica dos indivíduos. Não apenas devido à necessidade de integrar a experiência da doença à rotina habitual, mas também pelos impactos adversos significativos na qualidade de vida, manifestados no prejuízo substancial às atividades sociais, familiares e profissionais [1]. O estresse inerente ao recebimento da assistência à saúde, seja pelos efeitos colaterais dos medicamentos ou pelas sequelas dos procedimentos realizados, emerge como um fator adicional de desafio que contribui para desequilíbrios psicológicos, exacerbando a complexidade do cuidado em saúde mental [2, 3, 4]. Este trabalho propõe-se a explorar e aprimorar os métodos de identificação e planejamento do cuidado a pacientes com necessidades complexas no âmbito da consultoria em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Com o intuito de alcançar essa meta, foi realizada revisão bibliográfica visando caracterizar a 'complexidade' em medicina e sua operacionalização na prática clínica. Com base nos achados, foi utilizado o instrumento INTERMED para realizar uma avaliação retrospectiva de um caso atendido na consultoria de psiquiatria do HCPA e foram expostos os motivos para essa escolha. Após a análise minuciosa do caso com base no instrumento, foi realizada uma análise sobre a aplicabilidade do instrumento como ferramenta para identificar casos complexos na consultoria e sua aplicação na assistência do paciente, constando que é um instrumento facilmente adaptável à rotina dos médicos residentes consultores e com potencial para trazer benefícios no planejamento do cuidado, comunicação entre equipes e organização institucional. Por fim são tecidas as considerações finais acerca do exposto.

1.1 JUSTIFICATIVA

A detecção de doenças mentais no âmbito da assistência médica generalista é notavelmente limitada. Estudos indicam que transtornos mentais são diagnosticados erroneamente em uma porcentagem substancial de pacientes ambulatoriais, variando de 33% a 50% [5, 6]. Esse subdiagnóstico é ainda mais pronunciado entre pacientes internados em hospitais gerais, atingindo uma taxa alarmante de quase 90% [6, 7].

Este é um fato notável, considerando que a prevalência desses distúrbios é maior entre a população doente do que na população em geral [6]. Em estudos epidemiológicos de prevalência, aproximadamente 15% da amostra representativa de uma comunidade apresentava alguma doença mental. Nas populações de pacientes ambulatoriais e internados em hospitais gerais, a prevalência aumentava para 20–25% e 30–40%, respectivamente [8, 9]. Além disso, indivíduos com condições de saúde crônicas exibiam uma prevalência aumentada de transtornos mentais em um semestre (25%) e uma maior prevalência ao longo da vida em comparação com aqueles sem condições crônicas (42% vs. 33%) [10].

Outro estudo de coorte na população dinamarquesa, com idade entre 19 e 49 anos, revelou mais padrões intrigantes a esse respeito. Ao longo de um período de 7 anos, o estudo constatou que uma pequena porcentagem da população respondia por uma parcela desproporcional das admissões hospitalares, com 5% da população contribuindo com 40% das admissões e 1% respondendo por 20% [11,12]. Notavelmente, quase um quarto dos pacientes admitidos em hospitais gerais também foram hospitalizados no mesmo período devido a transtornos mentais. Pacientes com reinternações frequentes em hospitais gerais tinham cinco vezes mais chances de passarem por hospitalizações psiquiátricas, destacando a relação complexa entre saúde física geral e saúde mental [12].

Esses achados assinalam uma das principais dificuldades na rotina dos serviços de consultoria psiquiátrica (Consultation-Liaison Psychiatry no inglês ou CLP): o atendimento de casos com apresentações complexas de multimorbidade física/psiquiátrica e somatização [13, 14, 15].

Na literatura psiquiátrica, não há um consenso sobre o que é ou o que determina a complexidade do cuidado [16, 17]. Isso, associado ao fato de que o hospital geral passou a ser

um local para pacientes aguda ou gravemente enfermos que não conseguem lidar com as demandas de sua doença e que não podem permanecer em casa devido à falta de apoio social adequado — ou seja, pacientes com alto risco de comorbidade — combinado com o aumento da população idosa e da prevalência de doenças médicas crônicas, resulta em um risco crescente de uso inadequado das instalações do hospital geral por pacientes complexos [6].

Para esses pacientes, que aumentam crescentemente em proporção, estratégias de tratamento integral devem ser consideradas. Mesmo que a eficácia dessas intervenções seja frequentemente relatada na literatura, o uso desses serviços é limitado devido à falta de uma estratégia de identificação desses casos. Embora existam vários instrumentos de triagem disponíveis para detectar sintomas psiquiátricos, os instrumentos para identificar pacientes que podem precisar de cuidados complexos são escassos [18].

A multimorbidade física/psiquiátrica e a somatização são extremamente importantes clinicamente. No entanto, os agentes financiadores dos sistemas de saúde exigem evidências de eficácia das intervenções e da efetividade de sua aplicação no ambiente clínico ao determinar a alocação de recursos. Eles dão preferência a evidências de ensaios clínicos randomizados. Até agora, os resultados desses ensaios sobre a eficácia de intervenções para a multimorbidade física/psiquiátrica são inconclusivos [13]. Em estudos de custo-efetividade, talvez a psicopatologia em si não deva ser a razão para a administração de cuidados de saúde mental, mas a complexidade resultante dela. Assim, seria melhor se a triagem dos serviços de CLP se concentrasse na complexidade necessária do cuidado hospitalar [17].

Ainda há, na maioria das vezes, o desafio de compatibilizar a complexidade do caso com a complexidade do cuidado para uma assistência à saúde eficiente [17]. Para possibilitar tal correspondência, é necessária operacionalizar ambos os conceitos para alcançar uma prestação efetiva de cuidados à saúde para os pacientes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo foi estabelecer uma metodologia para a identificação da complexidade nos casos atendidos no âmbito da consultoria em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram, em primeiro lugar, a identificação na literatura de definições de complexidade pertinentes à atividade de consultoria em psiquiatria no hospital geral e em um segundo momento, a operacionalização desses conceitos nas atividades desenvolvidas pelos consultores de psiquiatria geral do HCPA, para possibilitar a identificação da complexidade em uma perspectiva assistencial em um caso selecionado, atendido durante a passagem pelo serviço de consultoria.

2 MÉTODOS

Foi realizada uma revisão na base de dados PubMed, buscando pelos termos “complexity” e “consultation-liaison psychiatry”. Em seguida, foram identificados outros materiais através da busca nas referências dos artigos encontrados. Com base na revisão realizada, foi proposta uma metodologia para ser aplicada retroativamente em um caso acompanhado durante o estágio na consultoria. Esse exercício prático visou analisar a aplicabilidade do método na rotina do consultor e sua pertinência para a tarefa proposta de identificação de complexidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na literatura psiquiátrica, a complexidade do cuidado é notavelmente subestimada, e a detecção de pacientes que possam necessitar de cuidados complexos durante uma internação hospitalar carece de instrumentos padronizados. Parte do problema reside na falta de consenso sobre uma definição clara do conceito de complexidade em medicina e sobre estratégias para sua mensuração [13, 16].

Desde a década de 1980, realizam-se diversas tentativas para operacionalizar a complexidade de casos clínicos, abordando diferentes perspectivas e objetivos. Essas iniciativas apresentam diferentes metodologias de avaliação como metodologias de agrupamento de pacientes, instrumentos de triagem de complexidade e construções teóricas [17]. No entanto, talvez seja útil inicialmente definir “complexidade”.

3.1 CONCEITO DE COMPLEXIDADE

O termo “complexo” refere-se a algo intrincado e de difícil análise. Nos fenômenos complexos, as relações entre suas partes não são regulares, nem diretas, especialmente quando se trata dos padrões que emergem da interação de seus múltiplos agentes – interações que geram alterações instantâneas e imprevisíveis no comportamento desses próprios sistemas, para todos os agentes [19]. Tais padrões, embora perceptíveis, desafiam a previsão devido à quantidade de agentes e relações, escapando das categorizações e técnicas analíticas estatísticas convencionais [13].

O “complexo” difere do “complicado” pelo fato de que o último envolve uma combinação de elementos que interagem de forma direta e regular e podem ser abordadas eficientemente com conhecimento suficiente sobre as condições separadamente e suas interações — por exemplo, uma doença pulmonar complicada por uma pneumonia [13].

Os sistemas complexos são formados por agentes cujas ações não são totalmente previsíveis e são interconectadas de maneiras que alteram o contexto para outros agentes. Esses agentes respondem ao ambiente usando conjuntos de regras internalizadas, muitas vezes não compartilhadas ou explícitas para os outros, e a evolução de um sistema, muitas vezes, está interligada a outros. Constituem então uma rede em evolução e interação, tornando uma

compreensão completa impossível sem considerar as interconexões. O resultado então é maior que a simples soma das partes individuais.[20]

A saúde e a doença humanas são exemplos desses sistemas complexos. O corpo humano, composto por sistemas fisiológicos interativos e autorreguladores, inclui circuitos de feedback bioquímicos e neuroendócrinos. O comportamento individual é moldado por regras internas baseadas em experiências passadas e respostas adaptativas a estímulos ambientais. A rede de relações em que os indivíduos estão inseridos conecta-se a sistemas sociais, políticos e culturais, influenciando as interações de maneiras imprevisíveis [21].

Ao avaliar um paciente doente, os níveis de concordância e certeza a que se pode chegar sobre sua condição – referentes aos achados clínicos, à base científica relevante e aos valores do paciente – ajudam a determinar se o problema é simples ou complexo. Se os níveis forem altos, indica um problema simples que pode ser resolvido de maneira simplificada, facilitando a aplicação de evidências científicas, se disponíveis. No entanto, se esses níveis forem baixos, caracterizando um problema complexo, o julgamento clínico envolve um elemento irreduzível de incerteza, dependendo da intuição e interpretação da história mais ampla da doença. Em tais casos, a aderência acrítica a regras, diretrizes ou protocolos pode causar mais prejuízo do que benefício [21].

Apesar da imprevisibilidade, afirmações geralmente verdadeiras e úteis sobre o comportamento do sistema complexo são possíveis, frequentemente revelando padrões gerais [20].

3.2 DEFINIÇÕES CLÍNICAS DE COMPLEXIDADE

Como visto acima, a própria conceitualização de “complexidade” prevê a dificuldade em racionalizá-la de forma simplificada. Nesse sentido, várias formas de operacionalizar e definir complexidade são relatadas na literatura.

Alguns autores trabalham com uma distinção entre “complexidade do caso” e “complexidade do cuidado”: a distinção entre a complexidade que surge das características de um paciente, como ter múltiplas doenças que podem se complicar mutuamente, e aquela que

surge do processo de prestação de cuidados, como o envolvimento de múltiplas especialidades que exigem comunicação interdisciplinar para ser eficaz [17].

Variáveis como o número de consultorias psiquiátricas [22], a percepção subjetiva da dificuldade do manejo de pacientes na assistência ao cuidado [23], além de outras estratégias objetivas como contagem do número de exames, medicações, intervenções, especialistas envolvidos e o tempo de permanência hospitalar dos pacientes, já foram usadas na definição da complexidade dos casos, em diferentes estudos [13].

A contagem de doenças ou diagnósticos médicos também foi utilizada [13, 17, 24], principalmente para identificar grupos de pacientes específicos, sujeitos a investimentos dos serviços de saúde e para reduzir custos relacionados aos seus cuidados. Mas, apesar desses esforços, essas medidas se mostraram pouco preditivas [13, 17]. A incorporação da avaliação de outras variáveis (dados sociodemográficos, severidade da doença, entre outras) melhorou o valor preditivo dessas iniciativas, mas elas continuam falhas em capturar a essência nas necessidades múltiplas e complexas dos casos individuais.

Por esse motivo, a avaliação do tempo de permanência hospitalar (TPH) foi muito utilizada como marcador de complexidade por ser uma medida simples, fácil de ser aferida e confiável. O TPH tem uma boa correlação com os desfechos clínicos e com os custos do cuidado [18, 19, 25, 26]. Algumas características do paciente estão associadas a um TPH maior, como gravidade da doença, funcionalidade e comorbidade psiquiátrica. No entanto, outros aspectos da complexidade do cuidado não tem uma relação significativa com esse parâmetro, como o número de profissionais envolvidos ou o número de intervenções.

Outros indicadores de complexidade dos cuidados também foram avaliados, como readmissões, admissões em casas de repouso após a alta, tempo de internação “não-médico” e complicações médicas. [23, 24, 27—30]. Embora os indicadores tenham sido bastante estudados isoladamente, há poucas abordagens que tentam unificar essas variáveis. [18]

Alguns autores tentaram desenvolver instrumentos que unissem as variáveis de complexidade dos casos para atingir objetivos específicos. Evans e colaboradores, por exemplo, desenvolveram um método de triagem de risco que incluía variáveis relacionadas à internação hospitalar para detectar pacientes em risco de serem encaminhados para lares de idosos, terem

internações prolongadas ou serem readmitidos. Eles descobriram que ter duas ou mais condições médicas crônicas, viver sozinho ou ser admitido vindo de um lar de idosos, ter ambulância dependente, estado mental precário, comorbidade psiquiátrica, admissão anterior, idade acima de 75 anos e ser solteiro eram preditivos desses desfechos. [27, 31] Um índice foi desenvolvido com base nesses fatores de risco, utilizado para detectar pacientes em risco de serem encaminhados para lares de idosos, readmitidos ou com permanência prolongada [27, 31]. Apesar de gerarem alguma forma de operacionalização, algumas desvantagens de instrumento como esses são, em primeiro lugar, que eles foram desenvolvidos para a previsão de resultados que não são estáveis em diferentes ambientes e ao longo do tempo – por exemplo, o TPH. Em segundo lugar, e talvez mais importante, esses instrumentos são indicadores prospectivos de consumo de recursos, mas seu valor clínico no desenho de tratamentos interdisciplinares é limitado [17].

3.3 MODELOS TEÓRICOS DE COMPLEXIDADE

Por bastante tempo, os modelos teóricos foram as principais estratégias de aproximação da realidade clínica dos cuidados frente à complexidade dos pacientes e suas demandas. Um exemplo de uma dessas construções é o conceito de Fragilidade de Winograd e colegas, usado para identificar idosos que requerem uma assistência à saúde mais complexa [28].

Vindo de dentro da própria psiquiatria, o modelo biopsicossocial proposto por Engel em 1977 [32] se destaca como um dos construtos teóricos mais influentes nessa conceitualização de complexidade. Ele argumentou que, independentemente da natureza da doença, a avaliação deveria incorporar quatro dimensões essenciais: física, psicológica, social e comportamental. Ele enfatizou que uma análise abrangente dessas dimensões é crucial para uma compreensão completa e prática clínica eficaz, evitando diagnósticos ou tratamentos inadequados. A colaboração com o paciente é fundamental nesse processo [32]. A resolução de Engel consistia em reunir a totalidade do paciente, reconhecendo a interconexão entre as suas dimensões [33] — uma característica intrínseca da complexidade.

O modelo proposto por Engel baseia-se em uma abordagem sistêmica, representando um avanço científico que incorpora dimensões ausentes no tradicional modelo biomédico. Este último, segundo o autor, carece de consideração integral do paciente e suas características

peçoais [33]. Engel afirmou que o modelo biopsicossocial não adiciona novos elementos ao cuidado ao paciente, mas oferece um quadro conceitual e uma abordagem que permitem ao médico agir racionalmente em áreas excluídas de uma abordagem biomédica restrita. Ele criticou o modelo biomédico, por exigir a redução dos dados a termos físico-químicos antes de obter significado [32].

Engel reconhecia que os médicos frequentemente não têm plena consciência do impacto dos modelos conceituais em seu pensamento e comportamento, atribuindo isso à falta de explicitação dos modelos dominantes. Ele via esses modelos como parte intrínseca da educação e do contexto cultural, e na maioria das vezes aceitos apenas tacitamente [33].

Um componente essencial do modelo biopsicossocial é a qualidade da entrevista médica, e, para Engel, a orientação teórica do médico influencia as informações questionadas e obtidas. Nesse sentido, ele ressaltou a importância da observação externa, introspecção interna e diálogo como a tríade metodológica fundamental para estudos clínicos e para tornar os dados do paciente passíveis de uma abordagem científica [34].

Engel salientou como a entrevista clínica é essencial para a operacionalização do modelo e é orientada pelo seu quadro conceitual. O impacto dessa proposta nas habilidades de entrevista necessárias teve implicações significativas no treinamento médico, abrangendo tanto disciplinas psiquiátricas quanto não psiquiátricas.

No entanto, questionamentos surgiram em relação ao modelo biopsicossocial. A crítica sugere que, embora o modelo faça uma declaração útil sobre os domínios de investigação necessários ao lidar com pacientes, ele não foi suficientemente operacionalizado para permitir uma integração lógica de dados e as suas formulações resultantes não podem ser testadas empiricamente [13, 33].

McHugh, um desses críticos, descreveu o modelo biopsicossocial como heurísticamente estéril, carente de regras, direções e caminhos lógicos [35]. Em resposta, ele delineou o modelo de perspectivas para uma nova formulação teórica destinada a pacientes psiquiátricos, destacando as perspectivas da história de vida, dimensional (personalidade/cognitiva), do comportamento e da doença. [35] Optando por uma metáfora visual, McHugh enfatizou como cada uma dessas perspectivas oferece um ponto de vista

distinto, onde certos aspectos dos transtornos psiquiátricos se tornam evidentes enquanto outros permanecem obscurecidos. Combinadas, essas perspectivas proporcionariam uma estrutura fundamental para explicações psiquiátricas, lançando luz sobre o que é patológico na psicopatologia [13, 35].

McHugh reitera que essas quatro perspectivas para elucidar transtornos mentais – em um ponto de convergência com Engel [32] – estão implicitamente presentes (e devem ser explicitadas) no pensamento psiquiátrico contemporâneo [35].

3.4 COMPRI e INTERMED

Os modelos relatados previamente, embora ricamente descritivos, se demonstraram difíceis de operacionalizar de maneira clinicamente significativa. Lobo também ressaltou a importância do trabalho de McHugh, alertando que o modelo biopsicossocial pode tornar-se uma expressão vazia, a menos que forneça diretrizes específicas [36, 37].

O planejamento administrativo e a gestão de casos exigem o acompanhamento de aspectos clínicos dos pacientes. [37] Além disso, os bancos de dados hospitalares baseiam-se principalmente em informações diagnósticas e demográficas dos pacientes. Informações consistentes e confiáveis sobre aspectos psicológicos e sociais de um caso não são rotineiramente registradas, bem como a intensidade anterior da utilização de serviços de saúde [37] e os modelos carecem na função de estabelecer diretrizes nesse sentido.

Além disso, a comunicação entre especialidades muitas vezes é difícil e desestruturada, devido ao uso de diferentes linguagens e formas de pensar sobre o paciente [37]. Na tentativa de suprir essas demandas de maneira confiável, válida, concisa e flexível, Huyse e colegas, desenvolveram dois instrumentos visando determinar respectivamente a complexidade do paciente e complexidade do cuidado, no hospital geral [16, 37, 38].

3.4.1 COMPRI

O COMPRI (Complexity Prediction Instrument), foi desenvolvido como um instrumento de triagem para identificar pacientes que requerem coordenação complexa de cuidados logo na admissão hospitalar. Baseando-se em diversos fatores de risco para a

complexidade dos cuidados, o COMPRI é uma ferramenta de triagem fácil de administrar, de considerável poder preditivo [16].

Esse instrumento abrange 10 indicadores de complexidade nos cuidados, divididos em 6 objetivos e 4 subjetivos [16]. Entre os indicadores objetivos estão o TPH, o número de dias com exames laboratoriais, o número de dias com procedimentos diagnósticos, a quantidade de medicamentos prescritos, o número de consultas por especialistas médicos e paramédicos, e o número de intervenções de enfermagem não ‘standard’[16].

O COMPRI, permite vincular a complexidade no momento da admissão às variáveis de risco, facilitando a detecção desses pacientes que necessitam de cuidados mais abrangentes [6, 18, 39]. Essa abordagem preventiva e padronizada no início da admissão não apenas aprimora a eficiência dos cuidados hospitalares, mas também elimina a dependência de filtros subjetivos de encaminhamento, proporcionando uma visão mais clara e abrangente das necessidades dos pacientes [18].

Além disso, o COMPRI pode ser utilizado para indicar a avaliação multidimensional das necessidades de saúde por meio de ferramentas como o INTERMED (descrito a seguir), bem como para planejamento eficiente de recursos hospitalares, otimizando o uso de leitos e capacidade de enfermagem [16, 38].

3.4.2 INTERMED

O INTERMED tem como propósito proporcionar uma avaliação rápida e abrangente dos indivíduos recebendo cuidados médicos. Ele facilita o planejamento e gerenciamento de cada caso e permite a construção de um banco de dados empírico sobre as complexas necessidades de saúde. Fundado em uma abordagem prática e visual para a gestão de riscos e necessidades, o instrumento integra suporte à decisão e gestão de resultados. Os níveis de risco e necessidades são representados visualmente por cores (0 - verde, 1 - amarelo, 2 - laranja e 3 - vermelho) e organizados em uma tabela classificatória. Esses riscos são avaliados por meio de uma entrevista médica. Um modelo de entrevista estruturada composta de 17 perguntas principais foi elaborado para facilitar que o paciente forneça informações relevantes sobre os riscos à sua saúde e suas necessidades, mas a sequência das 17 perguntas não é uma regra

absoluta, sendo possível fazer ajustes específicos para o contexto no qual a entrevista é realizada. [40]

Como o objetivo principal do INTERMED é melhorar o fluxo de informações e a comunicação sobre pacientes complexos, a organização integrada das informações é fundamental. Dessa forma, foi estruturada uma “grade” onde os dados são organizados e medidos por princípios comunimétricos [41]. Sua estrutura é a seguinte (Tabela 1):

	História	Contexto Atual	Vulnerabilidades
Biológico	Cronicidade	Severidade dos Sintomas	Complicações e risco de vida
	Dilema Diagnóstico	Desafio diagnóstico	
Psicológico	Restrições de Coping	Resistência ao tratamento	Risco à saúde mental
	Disfunção psiquiátrica	Sintomas psiquiátricos	
Social	Problemas no Trabalho e Lazer	Instabilidade de moradia	Vulnerabilidade social
	Disfunção social	Suporte social pobre	
Sistema de Saúde	Acesso ao cuidado	Organização do cuidado	Coordenação da assistência à saúde
	Experiência do tratamento	Coordenação do Cuidado	
Total:			

Tabela – 1 Grade INTERMED

- A grade possui linhas horizontais e colunas verticais
- As linhas são os “Sistemas” ou “Eixos” referentes à abordagem geral de sistemas
- As colunas dividem os sistemas em segmentos de tempo: “História”, “Estado Atual” e “Vulnerabilidade. Dessa forma, as colunas criam em cada “sistema” três “Domínios”
- Os “Domínios” contêm “Variáveis” descrevendo “Riscos e Necessidades de Saúde”
- As “Variáveis” são divididas em 4 itens para pontuação, levando a um nível de risco e necessidade definido pelos “Pontos de Ancoragem Clínicos”

Os domínios são descritos conforme os segmentos de tempo.

No segmento da história os domínios são caracterizados pelo seguinte: o domínio biológico contém informações sobre a cronicidade e períodos de incerteza diagnóstica. A distinção entre doenças agudas e crônicas é útil para a avaliação de necessidades médicas específicas. A incerteza diagnóstica, especialmente quando refletida em testes múltiplos e quando há diagnósticos contraditórios no passado, é um indicador das demandas e necessidades de um paciente [40, 42].

O domínio psicológico contém informações sobre recursos de enfrentamento passados e histórico psiquiátrico. Ambos estão relacionados à deterioração do afeto e cognição, abuso de substâncias, expressão de sintomas físicos funcionais e distúrbios comportamentais. [40, 42]

No domínio social, informações sobre o seu trabalho, seus momentos de lazer e suas relações são avaliadas. Ter um emprego e atividades de lazer, mesmo que solitárias, bem como relações sociais de qualidade, livres de conflito, reduzem os riscos do paciente [40].

O domínio sistema de saúde contém informações sobre o acesso prévio aos serviços de saúde e a experiência com tratamentos anteriores. A relação com o sistema de saúde pode ser significativamente afetada por barreiras físicas, de idioma e culturais, ou por experiências negativas prévias. [40]

No segmento do estado atual, no domínio biológico são avaliadas as queixas físicas, o impacto dessas nas atividades diárias, bem como os desafios para o diagnóstico e tratamentos atuais. A gravidade da doença pode prejudicar o funcionamento independente do paciente, bem como os desafios diagnóstico e de tratamento remetem a ideia de um transtorno físico complexo. [40]

O domínio psicológico avalia a disposição e capacidade do paciente em colaborar com o tratamento e o risco de um transtorno psiquiátrico estar presente. Ambas têm grande impacto no cuidado do paciente [40].

O domínio social avalia a estabilidade social do paciente, por meio da avaliação da sua capacidade de viver de forma independente e da riqueza da sua rede de apoio social [40].

O domínio sistema de saúde avalia a estrutura de cuidado em saúde relacionada ao caso em questão e a articulação dos elementos dessa estrutura entre si. São avaliados o número de profissionais e o nível de atenção, ou sistema ao qual pertencem (ex.: atenção primária x terciária, cuidados gerais x saúde mental), bem como a coordenação desses provedores na transmissão das informações de saúde. [40]

No segmento das vulnerabilidades, os segmentos da história e estado atual são avaliados em conjunto e são projetadas vulnerabilidades relacionadas a cada um dos eixos específicos. No domínio biológico são avaliadas situações de ameaça à saúde e à vida do paciente, no domínio psicológico as ameaças à saúde mental e à capacidade de colaborar com o tratamento, no domínio social às ameaças à estabilidade social e necessidade de cuidado relacionadas e no domínio do sistema de saúde o risco de o paciente necessitar de maior coordenação do seu cuidado. [40]

Os vários domínios descritos, pela própria natureza complexa dos pacientes, têm variáveis que são relacionadas entre si — ex.: pacientes crônicos (“cronicidade”) acabam tendo uma relação prévia estabelecida com o sistema de saúde (“acesso ao cuidado” e “experiência de tratamento”). Através das associações entre as variáveis de risco, alguns clusters de risco podem ser identificados e estudados, para facilitar o reconhecimento clínico desses pacientes e padrões de manejo em estratégias de cuidado integradas [40].

Para cada variável, foram definidos pontos específicos de ancoragem clínica para facilitar uma pontuação confiável. Estes estão descritos em anexo no final do presente trabalho (anexo 1). Eles seguem o seguinte princípio geral: 0 indica uma ausência de vulnerabilidade ou necessidade; 1 uma vulnerabilidade/necessidade leve ou moderada para ser monitorada ou prevenida; 2 uma vulnerabilidade/necessidade moderada que precisa ser tratada ou incluída no plano de tratamento; e 3 uma vulnerabilidade/necessidade que precisa de tratamento imediato ou intensivo. [42]

As pontuações nas variáveis podem ser somadas para obter uma pontuação total variando de 0 a 60, refletindo o nível de complexidade do caso. [40]

Existem duas regras básicas para a pontuação: primeiro, para cada variável, as informações clínicas coletadas devem ser comparadas com as informações descritas nos pontos

de ancoragem clínica específicos da variável e encontrada uma correspondência ideal, e, segundo, em caso de obscuridade devido, por exemplo, a informações pertinentes que não correspondem aos pontos de ancoragem, o nível esperado de complexidade resultante desse fato clínico deve orientar a pontuação. [40]

A pontuação é avaliada em 2 níveis: as pontuações individuais em geral estão associadas a um nível de ação — pontuações de 2 e 3 merecem alguma ação; pontuações de 1 merecem avaliação da situação. [40] A pontuação total, por sua vez, é o indicador principal do nível de complexidade de um paciente. Pesquisas com o método IM relataram uma correlação positiva entre a pontuação e resultados negativos do cuidado. [40] Huyse e colegas em uma análise de classes latentes de dados coletados em vários estudos em diferentes ambientes (n=1050) discerniram entre três populações com diferentes níveis de complexidade baseados na pontuação total do INTERMED: não complexa (<21), fronteira (21 a 30) e complexa (>30) [43]. Em geral, o grupo complexo é o grupo de pacientes que merece/precisa de gestão de casos, implicando cuidados multidisciplinares coordenados a longo prazo. Os pacientes e os profissionais assistentes no grupo fronteira se beneficiarão da própria avaliação e da estrutura para colaboração resultante da avaliação. [40]

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Aplicação do INTERMED no âmbito da consultoria de psiquiatria

Com base na revisão realizada, foi optado pelo uso do método INTERMED para a identificação do grau de complexidade de casos selecionados avaliados na consultoria de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e os motivos são descritos a seguir.

Idealmente, os sistemas de saúde devem ajustar o nível de complexidade de cuidados ao nível de complexidade do caso para evitar inadequações nos cuidados. Isso implica na detecção oportuna de indivíduos com alta complexidade de casos [17]. Mas a literatura demonstra que, em geral, uma das seguintes estratégias são adotadas no hospital geral: encaminhamento (ou não) de pacientes complexos por médicos (ou enfermeiros), com base em sua decisão subjetiva, para avaliação de psicólogos, psiquiatras ou assistentes sociais e alguma forma de cuidado integrado estabelecida em rounds multidisciplinares.

Ambas as opções têm desvantagens, pois as indicações para encaminhamento ou para rounds multidisciplinares tendem a não ser operacionalizadas explicitamente. Portanto, os encaminhamentos muitas vezes são tardios e urgentes, orientados pelas necessidades de médicos e enfermeiros; isso resulta em um subdiagnóstico da comorbidade psiquiátrica, que presumivelmente é enviesada em direção a pacientes que apresentam problemas comportamentais aos profissionais de saúde [17, 45]. Além disso, em rounds multidisciplinares, os pacientes podem ser discutidos quando não há necessidade porque não são complexos, ou pacientes que são complexos são discutidos sem uma adequada conceptualização de sua complexidade devido à falta de uma ferramenta de avaliação [17].

Essa realidade também está presente no funcionamento do HCPA e o seu impacto é sentido pela equipe da consultoria de psiquiatria e pelas demais equipes de consultoria em saúde mental. Apesar disso, mesmo em casos que são explicitamente complexos na sua apresentação, a tomada de decisão sobre as condutas pode ser morosa, o que é corroborado pela literatura que concorda que a avaliação da complexidade de cuidados isoladamente, embora mensurável, não

ajuda a orientar ações específicas e o ajuste do cuidado ao paciente complexo [17]. O instrumento INTERMED perfaz essa função de articular aspectos de fragilidade do caso entre si para facilitar a articulação de estratégias de cuidados. [46-60]

Além disso, uma das grandes limitações, na prática da CLP, pode ser a comunicação eficaz entre as equipes. O INTERMED com sua tabela de fácil visualização de uma realidade complexa e o uso de cores é uma boa estratégia para a comunicação eficiente de riscos em um ambiente hospitalar movimentado. Ele pode ser apresentado digitalmente ou como cópias físicas a serem incluídas nos prontuários médicos e de enfermagem [42, 44].

Algumas limitações relacionadas à aplicação do INTERMED também se apresentam. Por ser um instrumento relativamente longo, e por necessitar de um profissional qualificado para sua implementação, é necessária uma seleção dos pacientes a serem submetidos a essa avaliação [17,42]. O COMPRI, descrito previamente, foi proposto em vários estudos como um método de triagem para selecionar pacientes complexos no âmbito do hospital geral, que seriam avaliados integralmente pelo INTERMED, em um segundo momento [17,42]. No entanto, o custo para a educação de todo o pessoal de um hospital geral sobre a aplicação instrumento de triagem e sua implementação é evidente.

Frente ao exposto, acredito que no contexto do HCPA o fato de o paciente ser encaminhado para avaliação do serviço de psiquiatria geral seria suficiente para identificar um paciente em risco de necessitar uma abordagem complexa, tendo em vista as semelhanças da realidade do HCPA à realidade relatada na literatura como exposto acima. Além disso, na formação dos médicos residentes do HCPA, que são os profissionais que compõe a consultoria de psiquiatria, o modelo teórico que embasa o ensino das técnicas de entrevista psiquiátrica já apresenta grandes afinidades com o modelo biopsicossocial operacionalizado no INTERMED.

Para testar a aplicabilidade desse instrumento no âmbito da consultoria de psiquiatria geral, foi selecionado um caso que foi analisado retroativamente com o INTERMED. Embora seja projetado para avaliação prospectiva, o instrumento já foi aplicado retrospectivamente [61], e essa abordagem estaria em linha com o objetivo principal dos modelos sobre complexidade que deve ser alcançar um consenso sobre em que ela consiste em um determinado contexto de cuidados de saúde, para possibilitar uma ligação entre as necessidades do caso e as complexidades do cuidado, não necessitando necessariamente uma aplicação formal [17].

4.1.2 Estudo de caso

As informações a seguir foram coletadas a partir de dados coletados em mais de uma entrevista com o paciente e com seu familiar, além de dados de revisão de prontuário, ambos obtidos durante a avaliação pela equipe de consultoria de psiquiatria geral.

L.A.C., 47 anos, procedente de cidade da região metropolitana de Porto Alegre, interna na unidade de internação breve da emergência com uma queixa de dor no abdome e dorso do tipo aperto após sessão de hemodiálise. O paciente tem uma história doença renal crônica dialítica, associada a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 com complicações como polineuropatia, nefropatia e retinopatia, além de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, e história de três infartos agudos do miocárdio. Ele também relata dor crônica no quadril, decorrente de uma fratura de fêmur direito com correção utilizando uma haste intramedular há 23 anos, já tendo sido indicada a necessidade de remoção cirúrgica devido à migração caudal do material de osteossíntese, que não foi realizada ainda. O paciente tem uma amaurose completa devido à retinopatia do olho direito e à realização prévia de enucleação do olho esquerdo devido a uma infecção. Tem uma história crônica de má-adesão aos tratamentos que o levou à condição de saúde atual.

Além das condições médicas mencionadas, o paciente apresenta um histórico psiquiátrico prévio de Transtorno de Personalidade do Cluster B e Transtorno por Uso de Substâncias, envolvendo cocaína, LSD e maconha, sendo seu uso atual restrito à maconha de consumo diário. Relata ideação suicida em várias das últimas avaliações, tanto ambulatoriais quanto em internações. Apresenta múltiplas internações prévias, inclusive recentes, a última ocorrida um mês antes da atual.

Mora com a mãe há 3 anos, e relata relacionamento conflituoso com ela. Tem 10 filhos, 2 de relacionamentos antes desse casamento, 7 do casamento e 1 de relacionamento posterior. Conta que foi casado 20 anos, e morava com a esposa em outra cidade. Diz que não tinha problemas conjugais e foi surpreendido quando a esposa pediu o divórcio, pois estaria tendo um relacionamento com o chefe. Após a separação foi morar em outro estado em uma barraca na rua. Ficou vários meses morando nessa situação, ocasião em que fez uso significativo de substâncias. Após ficar sem dinheiro foi para a casa da mãe.

Fala que não tem contato com os filhos que não são do casamento e um contato apenas esporádico com os filhos que moram com a ex-esposa, e que sente muita falta dos últimos. Conta que conheceu seu pai somente com 30 anos. Diz que era “o pai que sempre sonhou”, que foi muito seu amigo no período em que esteve vivo. Fala que o pai morreu de complicações do diabetes semelhantes às que o paciente apresenta agora. Diz que foi criado pelo padrasto com a mãe e que o padrasto era extremamente abusivo, lhe agredindo com frequência. Tem outros dois irmãos, filhos do padrasto, e fala que o tratamento consigo era muito diferente dos irmãos. Trabalhou como caminhoneiro até a perda da visão.

O paciente tem apresentado dores abdominais sempre após as sessões de diálise, mas não sabe o motivo da dor. Relata que ela somente melhora com as medicações que recebe no hospital. Após a internação, realizou investigação abrangente sobre a dor sem conclusão clara sobre a etiologia. Foi acompanhado pela equipe de tratamento da dor que realizou o ajuste das suas medicações. Logo após a internação evoluiu com um quadro confusional orgânico, necessitando ajuste sintomático das medicações. Nesse contexto, a equipe de consultoria psiquiátrica foi acionada e avaliou a mãe do paciente junto da equipe do serviço social, que posteriormente foi também avaliada pela equipe da psicologia. Foi constatado um esgotamento do familiar, que atualmente é a única pessoa de referência do paciente. Disse que o paciente relatava frequentemente ideação suicida e tinha muito medo de que ele concretizasse o plano. Conta que ele teve acompanhamento em saúde mental em Porto Alegre, mas devido à dificuldade com o transporte não conseguiu mais trazê-lo às consultas.

Alguns dias depois, após a melhora do estado de consciência, o paciente foi avaliado pela equipe da consultoria de psiquiatra – ocasião em que foram coletadas a maioria das presentes informações. Disse que estava melhor da dor, mas apesar disso estava muito irritado com sua mãe que não lhe deixava fazer as coisas sozinho, e que pediu que ela não ficasse acompanhando-o no hospital. Disse que ela “acha que está sempre certa”. O paciente conta que gostaria de caminhar sozinho, mas a mãe não lhe permitia fazer nada sem a cadeira de rodas.

Quando perguntado sobre a dor devido à haste do fêmur deslocada e os riscos relacionados à deambulação desassistida, o paciente diz que é bastante dolorido quando tenta ficar em pé, mas que não teria problemas com isso, pois ficaria sempre apoiado em alguma coisa. Fala então que também não se preocupava com complicações dessa sua atitude, pois se

dependesse da sua vontade ele já estaria morto. Falou que já tentou suicídio por enforcamento, mas foi impedido por um vizinho e só não realizava nova tentativa devido às suas deficiências físicas, que não lhe permitiam. Sentia que não tinha por que viver, contando que no passado era caminhoneiro e “viajava o mundo inteiro” e “de repente estava cego e em uma cadeira de rodas”.

Falou que sua rotina consistia em passar no seu quarto com a TV ligada e que a única coisa que lhe deixava feliz era a visita dos filhos, mas que eles não visitam com frequência. Relatou também que parou com o uso de medicamentos psiquiátricos em casa, pois “não faziam efeito” e que ao invés de reiniciá-los preferia tomar algo para dormir e não acordar mais.

Ao exame, observava-se prejuízo no autocuidado e um humor hipotímico com afeto irritado. O paciente também tinha ideação suicida e o juízo crítico encontrava-se parcialmente comprometido, assim como o 'insight'. A conduta do paciente era colaborativa com a entrevista, embora se apresentasse algo demandante e projetivo.

Após a avaliação, a impressão diagnóstica foi de um episódio depressivo grave com um risco alto de suicídio, ainda que esse risco fosse atenuado pela limitação física. Salientava-se a ausência de acompanhamento psiquiátrico adequado, sendo este um elemento crítico para o gerenciamento eficaz do quadro.

Também ficava mais evidente o provável Transtorno de Personalidade do Cluster B, evidenciado pelo relato de impulsividade e conflitos interpessoais frequentes. Traços de grandiosidade e desvalorização de pessoas próximas também foram observados, além de o relato da mãe parecer incongruente com informações prévias registradas no prontuário e do relato do paciente.

Ficava clara também a fragilidade do suporte social do paciente, e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde mental, além de visitas frequentes à emergência e internações recorrentes.

Frente ao exposto foi aplicado o método INTERMED que resultou na seguinte grade:
(Tabela 2)

	História		Contexto Atual		Vulnerabilidades	
Biológico	Cronicidade	3	Severidade dos Sintomas	3	Complicações e risco de vida	3
	Dilema Diagnóstico	3	Desafio diagnóstico	3		
Psicológico	Restrições de Coping	3	Resistência ao tratamento	2	Risco à saúde mental	3
	Disfunção psiquiátrica	3	Sintomas psiquiátricos	3		
Social	Problemas no Trabalho e Lazer	3	Instabilidade de moradia	1	Vulnerabilidade social	2
	Disfunção social	2	Suporte social pobre	2		
Sistema de Saúde	Acesso ao cuidado	2	Organização do cuidado	3	Coordenação da assistência à saúde	3
	Experiência do tratamento	3	Coordenação do Cuidado	3		
Total:		22		19		11

Tabela 2 Grade INTERMED pontuada

Alguns aspectos sobre as pontuações do paciente podem ser considerados no sentido de melhor elucidar particularidades do caso. Elas serão discutidas a seguir e as variáveis relevantes serão apontadas no decorrer da descrição.

O paciente apresenta um escore total muito elevado (52 de 60), pontuando o escore máximo em todos os riscos do eixo biológico. Essa gravidade se relaciona intimamente e de maneira bidirecional com outras variáveis de risco.

Ele tem estratégias de enfrentamento problemáticas (“Restrições ao Coping”) frente à sua condição de saúde (“Severidade dos Sintomas” “Cronicidade”) na sua maioria relacionadas a aspectos de personalidade que contribuem para a má aderência ao tratamento (“Resistência ao Tratamento”). Essas, por sua vez, resultam numa perpetuação dos problemas físicos com um

risco significativo de piora de sua condição já fragilizada de saúde (“Complicações e Risco de vida”).

Também apresenta reinternações frequentes na unidade de emergência (“Experiência do tratamento”) devido a problemas somáticos que não foram adequadamente esclarecidos (“Dilema Diagnóstico”). Durante várias internações, incluindo a atual, o paciente apresentava sintomas depressivos e ideação suicida (“Disfunção Psiquiátrica” e “Sintomas psiquiátricos”), no entanto, não realizava seguimento adequado em saúde mental devido às barreiras geográficas e sua limitação no acesso ao serviço (“Acesso ao cuidado”). Tudo isso contribui para um risco elevado de novas readmissões, devido à perpetuação da má-adesão, além do risco de suicídio crônico (“Risco à saúde mental”).

Devido ao problema de saúde física, o paciente ficou incapaz de trabalhar e tem dificuldade em se envolver com atividades prazerosas (“Problemas no Trabalho e Lazer”), colaborando para o pior enfrentamento da situação (“Restrições ao Coping”). Apesar de ter alguma estabilidade por morar com a mãe (“Estabilidade da Moradia”), depende dela devido às limitações físicas (“Severidade dos Sintomas”), entretanto, apresenta um empobrecimento das relações sociais morando distante dos filhos desde o divórcio (“Disfunção Social”) e brigando constantemente com sua mãe que é sua única cuidadora e já demonstra sinais de dificuldades em apoiar o paciente no seu cuidado (“Suporte Social Pobre”). Tudo isso faz com que o paciente arrisque ficar sem o suporte familiar, caso nada seja feito, e necessite de uma abordagem institucional dos seus cuidados (“Vulnerabilidade social”).

Apesar da recorrência do problema, o paciente sempre é avaliado por vários profissionais em atendimentos na emergência, incluindo na avaliação atual (“Organização do cuidado”). Mas pelo fato de o paciente ser procedente de outro município, há grande dificuldade em articular o seu cuidado (“Coordenação do cuidado”), correndo grande risco de permanecer sem um cuidado integrado após a avaliação atual (“Coordenação da Assistência à saúde”).

Frente ao exposto, fica claro que a abordagem unicamente focada na questão biológica, embora seja a mais afetada, não consegue dar conta da complexidade do caso. Com base na visualização dos riscos do paciente, alguns pontos ficam evidentes: primeiramente que os aspectos relacionados a “Restrições ao Coping” e “Resistência ao Tratamento” estão estreitamente interligados e contribuem significativamente para o quadro global atual do

paciente. Essas variáveis no quadro em questão se relacionam intimamente com o diagnóstico de transtorno de personalidade do paciente. Um acompanhamento longitudinal em saúde mental que pudesse abordar essas questões poderia ter impacto significativo em todos os eixos, não somente no psicológico. Além disso, fica claro que o paciente é prejudicado pela falta de integração do cuidado, e o serviço de saúde hospitalar acaba ficando a mercê dessa falta de integração junto do paciente.

Outro aspecto relevante da avaliação é que, apesar da impressão subjetiva das avaliações anteriores que o paciente apresenta um suporte social fragilizado, na complexidade do seu caso, o suporte familiar da mãe é um dos pontos mais estáveis no seu cuidado. Estratégias de fortalecimento desse aspecto, como o acompanhamento da família pelos serviços de assistência social, o oferecimento de atendimento em saúde mental para a familiar, que tem dado sinais de exaustão, ou até a tentativa de aproximação de outros pontos de apoio social para o paciente, como os filhos, podem facilitar de sobremaneira a implementação de outros aspectos no cuidado do paciente.

No seguimento do caso, o paciente apresentou melhora da dor abdominal, que permaneceu sem identificação da causa, controlada pelo uso de analgésicos, sendo indicada alta do ponto de vista clínico. No entanto, foi indicada a internação do paciente devido ao risco de suicídio, pela equipe de consultoria em psiquiatria. Por ser de outro município, o paciente passou para a lista de transferência externa aguardando um leito de internação psiquiátrica que pudesse oferecer suporte em terapia renal substitutiva na sua região. Devido à complexidade da demanda, o paciente ficou alguns dias na emergência, tempo suficiente para o início do efeito das medicações antidepressivas reintroduzidas na sua admissão e melhora da ideação suicida e da irritabilidade. O paciente foi reavaliado e disse que conversou com a mãe e que acreditava que ela iria deixá-lo ter mais autonomia. Além disso, estava se sentindo mais esperançoso, pois uma de suas filhas estaria planejando mudar-se para sua cidade para morar mais próxima dele.

Frente a mudança no quadro clínico e psiquiátrico, e a organização do suporte, o paciente foi orientado sobre a importância da adesão medicamentosa cujo uso foi associada à melhora naquele momento, também foi educado a respeito da necessidade de um seguimento longitudinal em saúde mental. O paciente compreendeu e concordou com as orientações, mas solicitou que fossem repassadas à sua mãe. A mãe do paciente foi orientada a respeito da evolução do quadro e das indicações pós-alta relativas aos cuidados do paciente, e foi sugerido

que também realizasse acompanhamento próprio. O paciente recebeu alta com indicação de retorno para os ambulatórios de medicina interna e nefrologia, além de indicação de encaminhamento em saúde mental no município de referência.

Conforme a avaliação de complexidade realizada pelo INTERMED, as condutas realizadas no desfecho da internação do paciente visaram o estabelecimento de um seguimento longitudinal em saúde mental e o fortalecimento da rede de apoio na figura da mãe, com o reforço da filha que cogita morar próxima ao paciente. A maior fragilidade ainda consiste na dificuldade de integração do cuidado, já que os encaminhamentos tiveram de ser apenas propostos e precisam ser realizados pelo serviço de saúde do município do próprio paciente, arriscando serem perdidos durante a transição de cuidados.

4.2 DISCUSSÃO

Segundo a revisão realizada e com essa demonstração da aplicação do INTERMED, observamos o seguinte. Algumas das tarefas dos consultores em psiquiatria são a de realizar avaliações biopsicossociais abrangentes, porém rápidas, que vão além da simples identificação de transtornos psiquiátricos e a de criar planos de ação direcionados com base nessa ampla avaliação em vez de apenas recomendar o tratamento para uma doença psiquiátrica [62]. A aplicação do INTERMED melhora o processo de coleta de informações e ajuda na formulação de hipóteses sobre interações entre seus domínios e no reconhecimento de vulnerabilidades psiquiátricas e sociais no futuro. [38]

Além disso, ela ajuda a descrever esse processo de maneira objetiva, introduzindo simplificada e elementos do modelo biopsicossocial de doença para aos olhos de toda a equipe do hospital geral, que são tornados explícitos, como propunha Engel [32]. Isso reforça um aspecto pedagógico da avaliação psiquiátrica [38, 63]. O consultor de psiquiatria é o elo entre a psiquiatria e outros campos médicos — o embaixador da psiquiatria no hospital geral [2], e o modelo do INTERMED pode facilitar essa ligação.

Os escores totais de complexidade, bem como os clusters de risco específicos à realidade hospitalar local, podem auxiliar em outras medidas para a melhoria da assistência à saúde. Com base na avaliação de amostras de pacientes de enfermarias específicas, o INTERMED pode servir para iniciar uma alocação mais racional de recursos humanos, por

exemplo, auxiliando na identificação de unidades hospitalares que apresentam muitos pacientes com fragilidades em domínios específicos [38]. Além disso, a avaliação pode ajudar na avaliação científica de intervenções terapêuticas, descrevendo uma população a ser estudada em ensaios clínicos em termos de comorbidade somática e psiquiátrica e necessidades de cuidados associadas [38], o que pode ter implicações em melhor estratificar as intervenções e em melhorar o estudo de pacientes com multimorbidade/complexidade que atualmente sofrem de carência de evidências a seu respeito [33].

Um aspecto limitador do uso do INTERMED é a necessária habilidade do profissional de saúde na entrevista do paciente. A importância das habilidades de entrevista para a avaliação da complexidade é reconhecida há muito tempo na literatura [1, 33, 40, 64]. A entrevista não deve se voltar unicamente para a elucidação diagnóstica, mas para avaliação do paciente na totalidade [33, 64]. Apesar de propor um modelo de entrevista semiestruturado, o próprio manual do INTERMED reconhece que o roteiro “não é uma regra absoluta” e que, após familiarizados com o instrumento, os entrevistadores podem incluir aspectos da sua avaliação no seu próprio “estilo” de entrevista [40].

O domínio das interações entre a psicopatologia, genética, neurobiologia, biografia, história médica, personalidade e relações do paciente, e o domínio das técnicas de entrevista, são competências esperadas de um médico residente em psiquiatria [65]. Nesse sentido, os residentes em psiquiatria do HCPA apresentam extenso treinamento em entrevista psiquiátrica, refinado durante os 3 anos da especialização, principalmente no primeiro ano do curso, no qual são expostos a diferentes modelos teóricos que norteiam a entrevista, entre eles o modelo Biopsicossocial e o modelo de perspectivas propostos por McHugh. Dessa forma, a operacionalização desses conceitos com o uso do INTERMED na consultoria em psiquiatria pode ser facilmente implementada sobre as bases teóricas já estabelecidas previamente na formação, somente tornando explícito uma avaliação que já era realizada tacitamente. Nesse sentido, junta-se à tríade proposta por Engel de observação externa, introspecção interna e diálogo com o paciente [34] um elemento agregador com a capacidade de qualificar essas interações.

Uma outra repercussão da necessária aptidão em entrevista médica como requisito para a sua aplicação do INTERMED é que ele fortalece a importância dessa competência. A radicalidade da prática dos psiquiatras consultores reside em valorizar os relatos narrativos do

paciente e dos sistemas nos quais estão inseridos [33]. Abordagens reducionistas acabam por estreitar o foco das medidas de desfecho e, nesse sentido, alguns autores sugerem a adoção de medidas qualitativas como substituto às abordagens tradicionais devido ao risco de que “o mensurável sobrepuje o importante” [13]. A entrevista guiada pelo INTERMED ajuda a criar uma interface entre a realidade complexa e os dados mensuráveis, facilitando a identificação dos casos em um sentido de “quantificação” e “qualificação”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisão da bibliografia e aplicação do INTERMED em um caso selecionado da consultoria de psiquiatria do HCPA, fica claro que o instrumento se apresenta como uma ferramenta capaz de auxiliar na identificação e planejamento do cuidado de casos complexos atendidos nesse serviço. Sua implementação é factível e pode orientar a tomada de decisão na rotina do consultor, além de possibilitar melhor comunicação entre as equipes assistentes. A operacionalização em um nível institucional do INTERMED necessita mais estudos, com avaliação de um número maior de pacientes, além da participação de outros profissionais da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado dos pacientes. Ademais, a avaliação de complexidade proposta fica restrita aos pacientes que já chegaram à consultoria de psiquiatria através do encaminhamento. Outras estratégias devem ser avaliadas para a identificação precoce desses casos e posterior encaminhamento para a avaliação detalhada proposta aqui.

A CLP teve suas origens durante o desenvolvimento do modelo biopsicossocial [13] mas, ao articular o cuidado com outros médicos, a consultoria em psiquiatria promove a integração do cuidado, em vez do cuidado integrado por um único médico, como propunha Engel [46]. Assim, esses profissionais estão em uma posição ímpar, de onde há a perspectiva de reconhecer e apreciar a complexidade e sua inerente incerteza, esforçando-se para ajudar outros médicos a lidar com isso. [13, 33]

REFERÊNCIAS

1. Engel GL. Is psychiatry failing in its responsibilities to medicine? *Am J Psychiatry*. 1972 Jun;128(12):1561-4. doi: 10.1176/ajp.128.12.1561. PMID: 5025275.
2. Ene S. The role of consultation-liaison psychiatry in the general hospital. *J Med Life*. 2008 Oct-Dec;1(4):429-31. PMID: 20108523; PMCID: PMC5654210.
3. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Jan;52(1):11-9. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950130011002. PMID: 7811158.
4. Druss BG, Rohrbaugh RM, Rosenheck RA. Depressive symptoms and health costs in older medical patients. *Am J Psychiatry*. 1999 Mar;156(3):477-9. doi: 10.1176/ajp.156.3.477. PMID: 10080569.
5. Sartorius N, Ustün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Oct;50(10):819-24. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820220075008. PMID: 8215805.
6. Huyse, F., Herzog, T., Lobo, A., Lyons, J., Slaets, J., Fink, P., . . . De Jonge, P. (1997). Detection and Treatment of Mental Disorders in General Health Care. *European Psychiatry*, 12(S2), 70s-78s. doi:10.1016/S0924-9338(97)80210-6
7. Mayou R, Smith EB. Hospital doctors' management of psychological problems. *Br J Psychiatry*. 1986 Feb;148:194-7. doi: 10.1192/bjp.148.2.194. PMID: 3697586.
8. Mayou R, Hawton K, Feldman E, Ardern M. Psychiatric problems among medical admissions. *Int J Psychiatry Med*. 1991;21(1):71-84. doi: 10.2190/NDPB-YCW9-BETA-AYJE. PMID: 2066259.
9. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1741-8. doi: 10.1001/jama.272.22.1741. PMID: 7966922.
10. Wells KB, Goldberg G, Brook R, Leake B. Management of patients on psychotropic drugs in primary care clinics. *Med Care*. 1988 Jul;26(7):645-56. doi: 10.1097/00005650-198807000-00001. PMID: 2899185.
11. Fink P. Mental illness and admission to general hospitals: a register investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Dec;82(6):458-62. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb03079.x. PMID: 2291415.
12. Fink P, Jensen J, Poulsen CS. A study of hospital admissions over time, using longitudinal latent structure analysis. *Scand J Soc Med*. 1993 Sep;21(3):211-9. doi: 10.1177/140349489302100311. PMID: 8235508.

13. Smith GC. From consultation-liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex needs. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Jan;43(1):1-12. doi: 10.1080/00048670802534358. PMID: 19085523.
14. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0. PMID: 17804063.
15. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9. PMID: 17826170.
16. Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M. COMPRI--an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European study. *Psychosomatics*. 2001 May-Jun;42(3):222-8. doi: 10.1176/appi.psy.42.3.222. PMID: 11351110.
17. de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin North Am*. 2006 Jul;90(4):679-92. doi: 10.1016/j.mcna.2006.04.005. PMID: 16843768.
18. de Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M, van Dijck R, Mellenbergh GJ. Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*. 2001 May-Jun;42(3):204-12. doi: 10.1176/appi.psy.42.3.204. PMID: 11351108.
19. Westert GP, Nieboer AP, Groenewegen PP. Variation in duration of hospital stay between hospitals and between doctors within hospitals. *Soc Sci Med*. 1993 Sep;37(6):833-9. doi: 10.1016/0277-9536(93)90377-g. PMID: 8211299.
20. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001 Sep 15;323(7313):625-8. doi: 10.1136/bmj.323.7313.625. PMID: 11557716; PMCID: PMC1121189.
21. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ*. 2001 Sep 22;323(7314):685-8. doi: 10.1136/bmj.323.7314.685. Erratum in: *BMJ* 2001 Oct 27;323(7319):993. PMID: 11566836; PMCID: PMC1121241.
22. Mattei G, Laghi A, Balduzzi S, Moscara M, Piemonte C, Reggianini C, Rigatelli M, Ferrari S, Pingani L, Galeazzi GM. Indicators of Complex Care During the Consultation-Liaison Psychiatry Activity at the Transplant Center of the Policlinico Hospital, Modena. *Transplant Proc*. 2017 Nov;49(9):2105-2109. doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.031. PMID: 29149969.
23. Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Fisher ES, Duncan C, Hughes JS, Coffman GA. Identifying complications of care using administrative data. *Med Care*. 1994 Jul;32(7):700-15. doi: 10.1097/00005650-199407000-00004. PMID: 8028405.

24. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care*. 1980 Feb;18(2 Suppl):iii, 1-53. PMID: 7188781.
25. Lave JR, Leinhardt S. The cost and length of a hospital stay. *Inquiry*. 1976 Dec;13(4):327-43. PMID: 137207.
26. Melfi C, Holleman E, Arthur D, Katz B. Selecting a patient characteristics index for the prediction of medical outcomes using administrative claims data. *J Clin Epidemiol*. 1995 Jul;48(7):917-26. doi: 10.1016/0895-4356(94)00202-2. PMID: 7782800.
27. Evans RL, Hendricks RD, Lawrence KV, Bishop DS. Identifying factors associated with health care use: a hospital-based risk screening index. *Soc Sci Med*. 1988;27(9):947-54. doi: 10.1016/0277-9536(88)90286-9. PMID: 3227391.
28. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F Jr, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Aug;39(8):778-84. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb02700.x. PMID: 1906492.
29. Hickam DH, Hedrick SC, Gorton A. Clinicians' predictions of nursing home placement for hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb;39(2):176-80. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01622.x. PMID: 1846892.
30. Glass RI, Mulvihill MN, Smith H Jr, Peto R, Bucheister D, Stoll BJ. The 4 score: an index for predicting a patient's non-medical hospital days. *Am J Public Health*. 1977 Aug;67(8):751-5. doi: 10.2105/ajph.67.8.751. PMID: 888992; PMCID: PMC1653788.
31. Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Med Care*. 1993 Apr;31(4):358-70. doi: 10.1097/00005650-199304000-00007. PMID: 8464252.
32. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535. PMID: 7369396.
33. Smith GC, Strain JJ. George Engel's contribution to clinical psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Aug;36(4):458-66. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.t01-1-01036.x. PMID: 12169137.
34. Engel GL. On looking inward and being scientific. A tribute to Arthur H. Schmale, MD. *Psychother Psychosom*. 1990;54(2-3):63-9. doi: 10.1159/000288380. PMID: 2098781.
35. McHugh PR. A structure for psychiatry at the century's turn--the view from Johns Hopkins. *J R Soc Med*. 1992 Aug;85(8):483-7. doi: 10.1177/014107689208500819. PMID: 1404200; PMCID: PMC1293596.
36. Lobo A. Elucidating mental disorder in liaison psychiatry: the Johns Hopkins "perspectives". *J Psychosom Res*. 1996 Jul;41(1):7-11. doi: 10.1016/0022-3999(96)00023-2. PMID: 8887814.

37. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP, de Jonge P, Fink P, Gans RO, Guex P, Herzog T, Lobo A, Smith GC, van Schijndel RS. "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Jan-Feb;21(1):39-48. doi: 10.1016/s0163-8343(98)00057-7. PMID: 10068919.
38. de Jonge, P. (1999). Detection of complex patients in the general hospital: From psychiatric co-morbidity to care complexity. Thela Thesis
39. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry*. 1986 Aug;149:172-90. doi: 10.1192/bjp.149.2.172. PMID: 3535978.
40. INTERMED Foundation. INTERMED Complexity Assessment Grid (IM CAG version 6). 2009. Disponível em <https://www.intermedconsortium.com/wp-content/uploads/2015/04/Description-of-IM-CAG-v6-including-interview-and-score-December-2009.pdf> (acesso em 23 de novembro de 2023)
41. Lyons JS. The complexity of communication in an environment with multiple disciplines and professionals: communitics and decision support. *Med Clin North Am*. 2006 Jul;90(4):693-701. doi: 10.1016/j.mcna.2006.05.004. PMID: 16843769.
42. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F, Slaets J, de Jonge P, Latour C. Operationalizing the biopsychosocial model: the intermed. *Psychosomatics*. 2001 Jan-Feb;42(1):5-13. doi: 10.1176/appi.psy.42.1.5. PMID: 11161115.
43. Huyse FJ. Farewell to C-L? Time for a change? *J Psychosom Res*. 2009 Jun;66(6):541-4. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.03.004. Epub 2009 Apr 22. PMID: 19446716.
44. Leigh H, Feinstein AR, Reiser MF. The patient evaluation grid: a systematic approach to comprehensive care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1980 Mar;2(1):3-9. doi: 10.1016/0163-8343(80)90100-0. PMID: 7380246.
45. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijck R, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimaraes-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 May-Jun;23(3):124-32. doi: 10.1016/s0163-8343(01)00139-6. PMID: 11427244.
46. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JP, Lyons JS, Spagnoli J, Vannotti M. "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Jan-Feb;21(1):49-56. doi: 10.1016/s0163-8343(98)00061-9. PMID: 10068920.
47. Stiefel FC, Huyse FJ, Söllner W, Slaets JP, Lyons JS, Latour CH, van der Wal N, de Jonge P. Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Med Clin North Am*. 2006 Jul;90(4):713-58. doi: 10.1016/j.mcna.2006.05.006. PMID: 16843771.
48. Lobo E, Rabanaque MJ, Bellido ML, Lobo A. Reliability of INTERMED Spanish version and applicability in liver transplant patients: a cross-sectional study. *BMC*

- Health Serv Res. 2011 Jul 5;11:160. doi: 10.1186/1472-6963-11-160. PMID: 21729313; PMCID: PMC3142204.
49. Scerri M, de Goumoëns P, Fritsch C, Van Melle G, Stiefel F, So A. The INTERMED questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain. *Joint Bone Spine*. 2006 Dec;73(6):736-41. doi: 10.1016/j.jbspin.2005.12.012. Epub 2006 Jul 7. PMID: 16904926.
 50. Kishi Y, Matsuki M, Mizushima H, Matsuki H, Ohmura Y, Horikawa N. The INTERMED Japanese version: inter-rater reliability and internal consistency. *J Psychosom Res*. 2010 Dec;69(6):583-6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.006. Epub 2010 Mar 30. PMID: 21109046.
 51. Oliveira CA, Weber B, Dos Santos JLF, Zucoloto ML, de Camargo LL, Zanetti ACG, Rzewuska M, de Azevedo-Marques JM. Health complexity assessment in primary care: A validity and feasibility study of the INTERMED tool. *PLoS One*. 2022 Feb 18;17(2):e0263702. doi: 10.1371/journal.pone.0263702. PMID: 35180262; PMCID: PMC8856552.
 52. Cohen JS, Lyons JS, Benchimol EI, Carman N, Guertin C, Mack DR. The pediatric inflammatory bowel disease INTERMED: A new clinical tool to assess psychosocial needs. *J Psychosom Res*. 2019 Apr;119:26-33. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.002. Epub 2019 Feb 6. PMID: 30947814.
 53. Ludwig G, Dobe-Tauchert P, Nonnast-Daniel B, Stiefel F, de Jonge P, Lobo E, Richter R, Eckardt KU, Hohenberger W, Weyand M, Söllner W. Assessing psychosocial vulnerability and care needs of pretransplant patients by means of the INTERMED. *Z Psychosom Med Psychother*. 2014;60(2):190-203. doi: 10.13109/zptm.2014.60.2.190. PMID: 24877575.
 54. Corminboeuf Y, Wild B, Zdrojewski C, Schellberg D, Favre L, Suter M, Stiefel F. BMI Course Over 10 Years After Bariatric Surgery and Biopsychosocial Complexity Assessed with the INTERMED: a Retrospective Study. *Obes Surg*. 2021 Sep;31(9):3996-4004. doi: 10.1007/s11695-021-05440-8. Epub 2021 May 12. PMID: 33982239; PMCID: PMC8397640.
 55. Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Guex P, Lyons JS, Vannotti M, Fritsch C, Moeri R, Leyvraz PF, So A, Spagnoli J. INTERMED--an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1999 Feb 15;24(4):378-84; discussion 385. doi: 10.1097/00007632-199902150-00017. PMID: 10065523.
 56. Luthi F, Stiefel F, Gobelet C, Rivier G, Deriaz O. Rehabilitation outcomes for orthopaedic trauma individuals as measured by the INTERMED. *Disabil Rehabil*. 2011;33(25-26):2544-52. doi: 10.3109/09638288.2011.579223. Epub 2011 May 17. PMID: 21585253.
 57. Michaud L, Ludwig G, Berney S, Rodrigues S, Niquille A, Santschi V, Favre AS, Lange AC, Michels AA, Vrijens B, Bugnon O, Pilon N, Pascual M, Venetz JP, Stiefel F, Schneider MP. Immunosuppressive therapy after solid-organ transplantation: does

- the INTERMED identify patients at risk of poor adherence? *Pharm Pract (Granada)*. 2016 Oct-Dec;14(4):822. doi: 10.18549/PharmPract.2016.04.822. Epub 2016 Dec 15. PMID: 28042353; PMCID: PMC5184375.
58. Lobo E, Ventura T, Navio M, Santabárbara J, Kathol R, Samaniego E, Marco C, Lobo A. Identification of components of health complexity on internal medicine units by means of the INTERMED method. *Int J Clin Pract*. 2015 Nov;69(11):1377-86. doi: 10.1111/ijcp.12721. Epub 2015 Aug 13. PMID: 26271926.
59. Fischer CJ, Stiefel FC, De Jonge P, Guex P, Troendle A, Bulliard C, Huyse FJ, Gaillard R, Ruiz J. Case complexity and clinical outcome in diabetes mellitus. A prospective study using the INTERMED. *Diabetes Metab*. 2000 Sep;26(4):295-302. PMID: 11011222.
60. Di Gangi Herms AM, Pinggera GM, De Jonge P, Strasser H, Söllner W. Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: a study using INTERMED. *Psychosomatics*. 2003 May-Jun;44(3):196-203. doi: 10.1176/appi.psy.44.3.196. PMID: 12724500.
61. Di Gangi Herms AM, Pinggera GM, De Jonge P, Strasser H, Söllner W. Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: a study using INTERMED. *Psychosomatics*. 2003 May-Jun;44(3):196-203. doi: 10.1176/appi.psy.44.3.196. PMID: 12724500.
62. Sharpe M, Toynbee M, Walker J; HOME Study Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry (Proactive Integrated Psychological Medicine group). Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry: A new service model for the psychiatric care of general hospital inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep-Oct;66:9-15. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.005. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32592995.
63. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
64. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*. 1997 Nov-Dec;38(6):521-8. doi: 10.1016/S0033-3182(97)71396-3. PMID: 9427848.
65. BRASIL. Resolução CNRM N° 18 de 06 Julho de 2021, Diário Oficial da União Edição 126, Seção 1, Página: 456, Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior, Brasília, DF, 07 de dezembro de 2021.

ANEXO 1 – VÁRIAVEIS CLÍNICAS DO INTERMED E PONTOS DE ANCORAGEM

<p>Cronicidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Menos de 3 meses de disfunção física • 1 - Mais de 3 meses de disfunção física ou vários períodos de menos de 3 meses • 2 - Uma doença crônica • 3 - Várias doenças crônicas 	<p>Severidade dos Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem sintomas ou sintomas reversíveis sem esforços médicos intensivos • 1 - Sintomas leves, mas notáveis, que não interferem na função atual • 2 - Sintomas moderados a graves, que interferem na função atual • 3- Sintomas graves levando à incapacidade de realizar quaisquer atividades funcionais 	<p>Complicações e Risco de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem 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 substanciais nas atividades da vida diária • 3 - Risco grave de complicações físicas com sérios déficits funcionais permanentes e/ou morte
<p>Dilema Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem períodos de complexidade diagnóstica • 1 - Diagnóstico e etiologia esclarecidos rapidamente • 2- Dilema diagnóstico resolvido, mas apenas com considerável esforço diagnóstico • 3 - Dilema diagnóstico não resolvido apesar de consideráveis esforços diagnósticos 	<p>Desafio Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Diagnósticos claros e/ou tratamento simples • 1 - Diagnósticos diferenciais claros e/ou diagnóstico esperado com tratamentos claros • 2 - Difícil de diagnosticar e tratar, causa/origem física esperada e tratamento esperado • 3 - Difícil de diagnosticar ou tratar, outras questões além de causas físicas interferindo no processo diagnóstico e terapêutico 	
<p>Restrições de Coping</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Habilidade para lidar com o estresse, como buscar apoio ou hobbies • 1 - Habilidades de enfrentamento restritas, como necessidade de controle, negação da doença ou irritabilidade • 2 - Habilidades de enfrentamento prejudicadas, como reclamação não produtiva ou abuso de substâncias sem impacto sério na 	<p>Resistência ao Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Interessado em receber tratamento e disposto a cooperar ativamente • 1 - Alguma ambivalência, embora disposto a cooperar com o tratamento • 2 - Resistência considerável, como não aderir com hostilidade ou indiferença aos profissionais de saúde e/ou tratamentos • 3 - Resistência ativa aos cuidados médicos 	<p>Risco à Saúde Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem risco de transtorno psiquiátrico • 1 - Risco leve de sintomas psiquiátricos, como estresse, ansiedade, tristeza, abuso de substâncias ou distúrbios cognitivos; risco leve de resistência ao tratamento (ambivalência) • 2 - Risco moderado de transtorno psiquiátrico que requer cuidados psiquiátricos; risco

<p>condição médica, saúde mental ou situação social</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 - Habilidades mínimas de enfrentamento, manifestadas por comportamentos destrutivos, como dependência de substâncias, doença psiquiátrica, automutilação ou tentativa de suicídio <p>Disfunção Psiquiátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem disfunção psiquiátrica • 1 - Disfunção psiquiátrica sem efeitos claros na função diária • 2 - Disfunção psiquiátrica com efeitos claros na função diária • 3 - Admissão(ões) psiquiátrica(s) e/ou efeitos permanentes na função diária 	<p>Sintomas Psiquiátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem sintomas psiquiátricos • 1 - Sintomas psiquiátricos leves, como problemas de concentração ou tensão • 2 - Sintomas psiquiátricos moderados, como ansiedade, depressão ou comprometimento cognitivo leve • 3 - Sintomas psiquiátricos graves e/ou distúrbios comportamentais, como violência, autolesão, delírio, psicose ou mania 	<p>moderado de resistência ao tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 - Risco grave de transtorno psiquiátrico que requer visitas frequentes ao pronto-socorro e/ou internações hospitalares; risco de recusa de tratamento para transtorno psiquiátrico grave
<p>Problemas no Trabalho e Lazer</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Um emprego (incluindo serviços domésticos, aposentadoria, estudos) e atividades de lazer • 1 - Um emprego (incluindo serviços domésticos, aposentadoria, estudos) sem atividades de lazer • 2 - Desempregado agora e por pelo menos 6 meses com atividades de lazer • 3 - Desempregado agora e por pelo menos 6 meses sem atividades de lazer <p>Disfunção Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem interrupção social 	<p>Instabilidade de moradia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Moradia estável; totalmente capaz de viver de forma independente • 1 - Moradia estável com apoio de outras pessoas, como família, cuidados domiciliares ou ambiente institucional • 2 - Moradia instável, sem apoio em casa ou vivendo em um abrigo; é necessária uma mudança na situação de vida atual • 3 - Nenhuma moradia satisfatória no momento, por exemplo, moradia transitória ou ambiente perigoso; é necessária uma mudança imediata <p>Suporte social pobre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Assistência prontamente disponível de familiares, amigos e/ou conhecidos, como 	<p>Vulnerabilidade Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem risco de mudanças na situação de vida; suporte social e integração adequados • 1 - Sem risco de mudanças na situação de vida, mas é necessário suporte social adicional e/ou aumento da integração, por exemplo, cuidados domiciliares • 2 - Risco de necessidade de internação temporária ou permanente em uma instituição/faculdade no futuro próximo • 3 - Risco de necessidade de internação temporária ou permanente em uma instituição/faculdade agora

<ul style="list-style-type: none"> • 1 - Disfunção social leve; problemas interpessoais • - Disfunção social moderada, como incapacidade de iniciar ou manter relações sociais • 3 - Disfunção social grave, como envolvimento em relações sociais disruptivas ou isolamento social 	<p>colegas de trabalho, em todos os momentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 - Assistência disponível de familiares, amigos e/ou conhecidos, como colegas de trabalho, mas com possíveis atrasos • 2 - Assistência limitada prontamente disponível de familiares, amigos e/ou conhecidos, como colegas de trabalho • 3 - Nenhuma assistência prontamente disponível de familiares, amigos e/ou conhecidos, como colegas de trabalho, em todos os momentos 	
<p>Acesso aos Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Acesso adequado aos cuidados • 1 - Alguma limitação no acesso aos cuidados devido a problemas de seguro, razões geográficas, idioma ou barreiras culturais • 2 - Dificuldades no acesso aos cuidados devido a problemas de seguro, razões geográficas, idioma ou barreiras culturais • 3 - Sem acesso adequado aos cuidados devido a problemas de seguro, razões geográficas, idioma ou barreiras culturais <p>Experiência de Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem problemas com profissionais de saúde • 1 - Experiência negativa com profissionais de saúde (próprio ou familiares) • 2 - Solicitações de segundas opiniões ou mudança de médicos mais de uma vez; vários provedores; dificuldade em manter um provedor consistente e/ou preferido 	<p>Organização dos Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Apenas cuidados primários/médico geral • 1 - Serviços especializados, seja na área de saúde geral ou em saúde mental/dependência química • 2 - Ambos os serviços de saúde geral e saúde mental/dependência química • 3 - Hospitalização ou transferência de um hospital de pacientes que se qualificam para cuidados ambulatoriais no nível secundário. <p>Coordenação dos Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Comunicação completa entre os profissionais e boa coordenação dos cuidados • 1 - Comunicação e coordenação limitadas entre os profissionais; o médico de cuidados primários coordena os serviços médicos e de saúde mental/dependência química • 2 - Comunicação e coordenação deficientes entre 	<p>Coordenação da assistência à saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem risco de impedimentos aos cuidados físicos e de saúde mental/dependência química coordenados • 1 - Risco leve de impedimentos aos cuidados, como restrições de seguro, acesso a serviços à distância, comunicação limitada do provedor e/ou coordenação de cuidados • 2 - Risco moderado de impedimentos aos cuidados, como perda potencial de seguro, profissionais inconsistentes, barreiras de comunicação • 3 - Risco grave de impedimentos aos cuidados, como pouco ou nenhum seguro, resistência à comunicação e coordenação entre os provedores

- 3 - Conflitos repetidos com médicos, visitas frequentes ao pronto-socorro ou internações involuntárias; obrigado a permanecer com um provedor indesejado devido a custos, opções de rede de provedores ou outras razões
- 3 - Nenhuma comunicação e coordenação entre os profissionais; sem médico de cuidados primários de rotina
- 3 - Nenhuma comunicação e coordenação entre os profissionais; uso do pronto-socorro primário para atender a necessidades de saúde não emergenciais