



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR - TRABALHO DE PROJETO

A Prática da Gestão de Caso na Unidade de Cuidados na Comunidade

**Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção
do Grau de Mestre na Especialidade de Enfermagem
Comunitária**

Orientador:

Professora Doutora Irene Santos

Co-orientador:

Professora Doutora Maria João Esparteiro

Mestranda:

Corina Alves Salvado Gonçalves Viana Zúniga Freire nº 100431014

SANTARÉM
fevereiro, 2013

A alegria que se tem em pensar e aprender faz-nos pensar e aprender ainda mais.

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e filhos

A todos os colegas da UCC

À Orientadora Professora Doutora Maria João Esparteiro

À Orientadora Professora Doutora Irene Santos

A todos um agradecimento especial.

RESUMO

A prática da Gestão de caso na Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade em estudo, desenvolve gestão de caso desde a sua inauguração em 2010. Esta metodologia nunca foi alvo de reflexão pela equipa multidisciplinar, pelo que se considerou pertinente desenvolver um aprofundamento da temática pela metodologia de Trabalho de Projeto, de modo a melhorar a prática da gestão de caso na respectiva unidade de saúde.

Ao longo do projecto foi analisado o conceito e os procedimentos adotados pela equipa, bem como as dificuldades sentidas aquando da realização da gestão de caso, através de uma abordagem qualitativa.

Para compreender como a gestão de caso pode promover cuidados de saúde de qualidade em contexto domiciliário, foi realizada uma revisão sistemática da literatura através de uma questão PI[C]O. Pela pesquisa na base de dados EBSCO, foram seleccionados três artigos científicos de acordo com critérios previamente definidos, tendo em conta a sua pertinência para o estudo.

A equipa da UCC realçou todos os requisitos necessários à gestão de caso e salientou os papéis de defensor, coordenador e de oficial de ligação. No que concerne às dificuldades sentidas enquanto gestores de caso sobressaíram dificuldades ao nível da dinâmica/organização da equipa, dos registos e do envolvimento da família.

Através da análise reflexiva constatou-se que a gestão de caso promove a qualidade dos cuidados de saúde e que se encontra directamente relacionada com Enfermagem. Deste modo, torna-se importante construir indicadores para avaliar o impacto enquanto resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Todos os requisitos necessários para desenvolver gestão de caso são competências definidas pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados na Comunidade, Gestão de caso, Qualidade dos Cuidados de Saúde

ABSTRACT

The case management practice in the Community Care Unit

The Community Care Unit in study develops case management since its inauguration in 2010. This methodology has never been target of reflection by the multidisciplinary team, therefore it was considered appropriate to develop a methodology for deepening the theme of Work Project to improve the practice of case management in the respective health unit.

Throughout the project we analyzed the concept and procedures adopted by the team as well as the difficulties experienced the case management implementation using a qualitative approach.

To understand how case management can promote health care quality in a home context, we conducted a systematic literature review using a PI[C]O question. After the search in the database EBSCO, three papers were selected according to predefined criteria, regarding their relevance for the study.

The UCC team highlighted all the requirements for case management and emphasized the roles of advocate, coordinator and liaison officer. Regarding the difficulties experienced by case managers, there are highlighted difficulties in terms of dynamics / team organization, records and family involvement.

Using reflexive analyses it was found that case management promotes the quality of care and that is directly related to nursing. Therefore, it becomes important to build indicators to assess the impact results while sensitive to nursing care.

All requirements necessary to develop case management skills are defined by the Regulation of Specific Skills Nurse Specialist Community Nursing and Public Health.

Key-words: Community Care Unit, case management, Quality of Health Care

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	13
1 – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO - “A PRÁTICA DA GESTÃO DE CASO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE”	16
1.1 CONTEXTO DA PRÁTICA	19
1.1.1 UCC	19
1.1.2 Gestão de caso	20
1.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	29
1.2.1 Protocolo de pesquisa	29
1.2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	30
1.3 O CONCEITO E PROCEDIMENTOS DA “GESTÃO DE CASO” DA UCC	42
1.3.1 Procedimentos metodológicos	42
1.3.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	45
1.4 REFLEXÃO EM GRUPO – EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA UCC	55
2 – REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS DO PROJETO E IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	57
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	68
ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DO PROBLEMA	69
ANEXO II - PROJETO	70
ANEXO III - FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O	71
ANEXO IV - PROTOCOLO DE PESQUISA	72
ANEXO V - RESULTADOS DA PESQUISA	73
ANEXO VI – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	74
ANEXO VII - ARTIGOS SELECIONADOS	75
ANEXO VIII – FICHAS DE LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS	76
ANEXO IX - NÍVEIS DE EVIDÊNCIA	77
ANEXO X – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - QUESTIONÁRIO	78

ANEXO XI – GRELHA COM RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS	79
ANEXO XII – TEMAS E CATEGORIAS	80
ANEXO XIII – PLANO DA SESSÃO	81
ANEXO XIV – APRESENTAÇÃO EM POWER-POINT	82
ANEXO XV – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SESSÃO	83

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº 1 - Pirâmide etária da população abrangida pela UCC	19
Figura nº 2 - Requisitos necessários na gestão de caso	21
Figura nº 3 - Elementos a considerar na gestão de caso nos cuidados domiciliários	23
Figura nº 4 – Tipos de necessidades em termos de cuidados de saúde que as famílias podem ter	28
Figura nº 5 – Diagrama da relação entre UCC, gestão de caso, processo de cuidados e pessoa segundo a autora	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico nº1 – Número de profissionais por programa/projeto	46

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 – Nº de profissionais da equipa da UCC com experiência em gestão de caso	20
Quadro nº 2 – Nº de processos com gestão de caso exercida por elementos da equipa da UCC por programa/projeto	20
Quadro nº 3 – Complementaridade entre o processo de enfermagem e o processo de gestão de caso	22
Quadro nº 4 – Papéis do gestor de caso	24
Quadro nº 5 – Características necessárias na gestão de caso	25
Quadro nº 6 – Quadro explicativo dos elementos caracterizadores da gestão de caso	26
Quadro nº 7 – Quadro resumo dos artigos analisados	31
Quadro nº 8 – Caracterização das questões	43
Quadro nº 9 – Conceito de Gestão de Caso – Categorias	46
Quadro nº 10 – Procedimentos adotados – Categorias	49
Quadro nº 11 – Dificuldades sentidas – Categorias	53
Quadro nº 12 – Quadro síntese dos temas e categorias emergentes da análise de conteúdo efectuada.	54

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACS - Alto Comissariado da Saúde
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPCJ - Comissão de Crianças e Jovens
CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
EBSCO – Elton Bryson Stephens and Company
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ELI - Equipa Local de Intervenção
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NTOCC - National Transitions of Care Coalition
OE - Ordem dos Enfermeiros
PI[C]O – População, Intervenções, Comparações e Outcomes
PNS - Plano Nacional de Saúde
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
UCC - Unidade de Cuidados da Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humano

nº - número

p. – página

% - percentagem

s/d – sem data

s/p – sem página

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem Comunitária e pretende descrever as etapas do projeto intitulado **A Prática da Gestão de Caso na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)**, bem como apresentar a reflexão desenvolvida, os resultados obtidos e a sua implicação para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária assim como da restante equipa.

O projeto decorreu numa UCC, baseou-se na Metodologia de Trabalho de Projeto e seguiu uma linha orientadora segundo as autoras LEITE et al. (2001) ou seja, com as etapas identificação/ formulação do problema, pesquisa/ produção e apresentação/globalização/avaliação final.

Trabalho de projeto é um método de trabalho que requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, decidido, planeado e organizado de comum acordo (CASTRO e RICARDO, 1994). A sua finalidade é determinar quando há que agir neste ou naquele sentido ou seja, a sucessão de ações, o conteúdo das ações e os meios e técnicas a utilizar (LEITE et al., 2001). Neste sentido, considerou-se que a equipa da UCC enquanto equipa multidisciplinar, teria todos os requisitos para a utilização da metodologia de trabalho de projeto na medida em que esta metodologia resulta da necessidade de articular, de forma coerente e sistemática, um projeto que incorpora a intervenção de um grupo de indivíduos, com diferentes formações, diferentes experiências, aptidões e saberes, alimento para o trabalho inter/transdisciplinar” (LEITE et al., 2001, p.75).

Foi delineado como objetivo geral do projeto:

- Contribuir para a melhoria da prática de gestão de caso na UCC.

E como objetivos específicos:

- Analisar o conceito e os procedimentos de gestão de caso na UCC;
- Analisar evidências científicas da gestão de caso na prática, através de RSL;
- Contribuir para a uniformização de procedimentos da gestão de caso na UCC.

É essencial haver processos de melhoria contínua da qualidade numa UCC. Estas são unidades recentes que surgiram com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e que necessitam, de forma emergente, de demonstrar quais as suas mais valias e que ganhos em saúde proporcionam no Sistema Nacional de Saúde. Aliás, segundo o Relatório de Primavera 2011, um dos aspetos positivos que surgiu com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, foi o início da actividade das UCC (ESCOVAL et al., 2011). Também é importante ressaltar que a qualidade em saúde tem de ter uma dimensão multiprofissional e deve ter um contexto de aplicação local «(...)nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.» (OE, 2001, p.4).

«Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.» (OE, 2012, p.15)

MELEIS et al. (2000) introduz o conceito de transições enquanto experiências vivenciadas pelo ser humano, tornando-o vulnerável. Alguns exemplos de transições são: experiências de doença (diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação); desenvolvimentais e ciclo de vida (gravidez, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento, morte); sociais e culturais (migração, reforma, cuidadores familiares). Esta mesma autora foca a importância do enfermeiro enquanto facilitador no processo de adaptação, inserido num contexto social e cultural. Nesta linha de raciocínio, é relevante ter em conta que «as condições pessoais, da comunidade, ou sociais podem facilitar ou inibir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições.» (MELEIS et al., 2000, p.14)

Nas UCC são geridas situações de transição de múltipla diversidade e complexidade, através da gestão de caso, pelo que se considerou importante analisar esta prática desenvolvida por diferentes profissionais.

STANHOPE e LANCASTER (2011) consideram a gestão de caso como uma das intervenções que irá influenciar positivamente os indicadores em Saúde no século XXI. Para tal, devem ser estabelecidas estratégias baseadas na evidência para o êxito desta metodologia de trabalho. «Utilizar a melhor evidência corrente misturada com a perícia clínica é uma competência crítica para o gestor de caso.» (ALLISON, 2004 in STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 451).

Torna-se também importante referir que, no PNS 2012 – 2016 uma das visões para 2016 é a da confiança da pessoa no gestor de caso e a da utilização dos serviços de saúde de forma adequada. Os profissionais de saúde orientam o percurso nos cuidados de saúde de forma célere e efetiva, estando explícita a responsabilidade de gestor de caso (ACS, 2011).

Enquanto enfermeira especialista e tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública defendido pela Ordem dos Enfermeiros (REGULAMENTO Nº 128/2011) considerou-se que a gestão de caso pode ser uma mais valia como elemento de aperfeiçoamento para a concretização dos objetivos do Plano Nacional de Saúde uma vez que, neste mesmo regulamento (2011,p.1), é referido que o enfermeiro especialista «intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, o que é preconizado pela gestão de caso.

No primeiro capítulo deste relatório, pretende-se desenvolver uma análise reflexiva do desenvolvimento do projeto com uma contextualização da prática, os procedimentos metodológicos adotados e a revisão sistemática de literatura realizada. A revisão sistemática da literatura foi realizada pela metodologia PI[C]O e foram analisados três artigos científicos, que muito contribuíram para a discussão. Posteriormente, no segundo capítulo, são levadas a cabo reflexões sobre as implicações dos resultados obtidos para a prática clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária no contexto das UCC.

Assim, ao longo deste trabalho, pretende-se refletir para a ação, sobre a ação e na ação. A promoção de uma prática com reflexão na ação e sobre a ação é imprescindível para que a Enfermagem se desenvolva enquanto disciplina. Segundo WALDOW (2009, s/p.) «a prática reflexiva, (...) propicia actualização, renovação, simplificação de técnicas e procedimentos, gerando novos conhecimentos, além de contribuir para a reformulação de valores e melhoria das interações no ambiente de trabalho, (...)».

1 – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO - “A PRÁTICA DA GESTÃO DE CASO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE”

A metodologia de trabalho de projeto engloba três etapas: identificação/formulação do problema, pesquisa/produção e apresentação/globalização/avaliação final. Tem como objetivo analisar e resolver problemas em equipa, através de técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informação. Trata-se assim de uma metodologia, que estuda a realidade e pressupõe a existência de uma actividade intencional, de iniciativa, de autonomia, de autenticidade e de complexidade como características fundamentais (LEITE et al., 2001).

Para a identificação do problema, tornou-se imprescindível descrevê-lo pormenorizadamente e construir todo o seu enquadramento. O conhecimento da realidade legitimou a necessidade de intervenção.

Desde o ano de 2007 que a autora desenvolve enfermagem como especialista em Enfermagem Comunitária; no entanto, desde 2004 que participa em programas e projetos, assumindo na prática a figura de gestor de caso. Por sua vez, nunca a gestão de caso foi tema de análise nas várias equipas multidisciplinares que integram esses mesmos programas e projetos, nunca se refletindo sobre as evidências científicas desta mesma metodologia na nossa prática. Assim, tem sentido a necessidade de questionar e refletir sobre a adoção desta metodologia, necessidade esta que se intensificou desde que integrou funções em Fevereiro de 2010, na UCC.

A UCC deve assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida, logo torna-se imprescindível refletir e analisar se a gestão de caso promove ou não estas funções. São assim, muitas as questões que surgem, nomeadamente:

- Trata-se de uma prática científica?
- Todos na equipa detêm o mesmo conceito?
- Como será que cada um assume os procedimentos inerentes a esta prática?
- Esta prática promove ganhos em saúde? Se sim, como?
- Quais as evidências científicas da metodologia de gestão de caso?

Paralelamente, com a escassez dos recursos é importante que as metodologias utilizadas sejam alvo de uma avaliação, e se constate se na prática promovem ganhos em Saúde e se existem formas de potenciar ainda mais esses ganhos.

- A Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) e Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ) têm desde sempre a figura de gestor de caso;
- A CPCJ, para além da figura de gestor de caso, tem também a de co-gestor, em virtude de todas as intervenções serem realizadas com duas pessoas;
- A ECCIC passou a ter gestores de caso após o início da UCC;
- O NACJR, criado em 2011 na UCC, assume também a figura de gestor de caso;
- Não existe uma norma de procedimentos para a gestão de caso instituída, nem ao nível de cada programa/projeto, nem ao nível da UCC;
- Nunca se desenvolveu o tema de gestão de caso na formação em serviço.

As Equipas Locais de Intervenção Precoce (**ELI**) são constituídas por **equipas multidisciplinares** com base em **parcerias** institucionais envolvendo vários profissionais e têm como principal atribuição, a avaliação e intervenção direta com crianças e famílias. O Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo, que limitam a participação nas actividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias. Tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância, entendendo-se esta como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social (ARSLVT, 2012).

Nos termos do disposto na Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, surgem as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (**CPCJ**) que são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Na modalidade restrita é composta por uma **equipa multidisciplinar** que desenvolve através de gestão de caso, o acompanhamento das crianças e jovens em perigo e suas famílias. Este modelo de protecção de crianças e jovens em risco apela à participação ativa da comunidade, numa nova relação de parceria com o Estado, concretizada nas CPCJ (CNCJR, 2012).

A **ECCIC** é uma **equipa multidisciplinar** da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Apoiar-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada Centro de Saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais (DL n.º 101/2006).

Os **NACJR** são **equipas pluridisciplinares** que polarizam motivações e saberes sobre maus tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais nas instituições de saúde, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições (DGS, 2012).

Individualmente, havia a necessidade de refletir e analisar quais as mais valias da gestão de caso e se desenvolvemos procedimentos uniformes na prática. Posteriormente, tornou-se necessário validar com os restantes elementos da equipa o problema e auscultar a pertinência da existência do projeto.

A validação do problema foi concretizada no dia 13 de abril de 2012 através de aplicação de questionário com duas questões, uma fechada e uma mista (ANEXO I). O questionário foi aplicado a todos os elementos da UCC que desenvolvem gestão de caso nomeadamente, nove profissionais (cinco enfermeiros, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, um médico e uma psicóloga). Saliento que no momento da validação encontrava-se um enfermeiro ausente por doença prolongada.

Nas respostas ao questionário, oito dos nove inquiridos consideraram assumir na sua prática gestão de caso, e todos consideraram ser importante aprofundar a metodologia de gestão de caso na equipa, justificando a importância do projeto pela necessidade de :

- Uniformizar procedimentos na gestão de caso;
- Promover trabalho de equipa;
- Tornar mais perceptíveis as funções de um gestor de caso;
- Aumentar a qualidade dos cuidados, promovendo ganhos em Saúde.

Após a validação do problema, o projeto (ANEXO II) passou a ter a designação de “A Prática da Gestão de caso na Unidade de Cuidados na Comunidade”.

1.1 CONTEXTO DA PRÁTICA

Neste subcapítulo pretende-se realizar a contextualização da prática com a caracterização da UCC, unidade recente que emergiu da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e por outro lado conceptualizar a gestão de caso enquanto metodologia.

1.1.1 UCC

A UCC é uma unidade que tem como «missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra». » (DESPACHO n.º 10142/2009). Por sua vez,

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (DESPA-CHO n.º 10142/2009)

A UCC iniciou funções a oito de fevereiro de 2010 e de acordo com o ACES (2012), abrange uma população de 27 554 utentes, 13 939 mulheres e 13 615 homens (Figura nº 1).

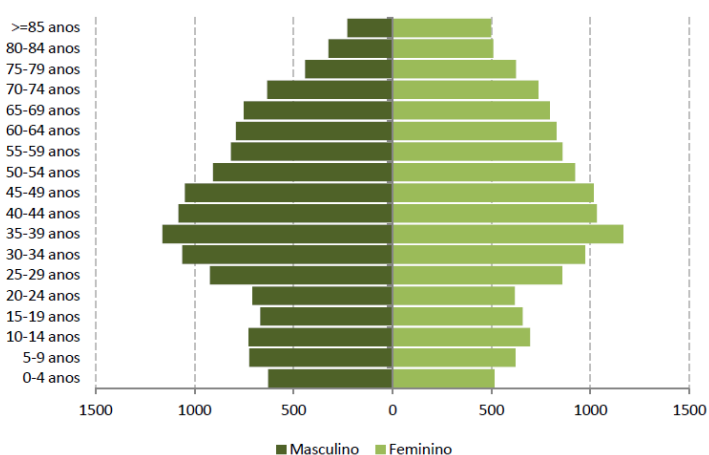


Figura nº 1 – Pirâmide etária da população abrangida pela UCC
Fonte: Relatório de Atividades 2011 (ACES, p.63)

Na UCC existem vários profissionais com experiência em gestão de caso conforme se percebe no quadro nº 1; no entanto, nem todos vivenciam as mesmas experiências. Mais concretamente, são vários os programas e nem todos desenvolvem os mesmos programas.

Quadro nº 1 – N° de profissionais da equipa da UCC com experiência em gestão de caso

Profissionais da equipa da UCC	N°
Enfermeiros	7 (3 especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saude Pública)
Médico	1
Terapeuta Ocupacional	1
Fisioterapeuta	1
Psicóloga	1

Fonte: Relatório de atividades 2011 da UCC

Por sua vez, segundo o relatório anual de actividades de 2011 da UCC, foram geridos por elementos da UCC 120 processos (quadro nº 2).

Quadro nº 2 – N° de processos com gestão de caso exercida por elementos da equipa da UCC por programa/projeto

Programas/projetos	N° Processos
CPCJ	60
ELI	30
ECCIC	20
NACJR	10

Fonte: Relatório de atividades 2011 da UCC

1.1.2 Gestão de caso

Através da revisão da literatura realizada constatou-se que muitos enfermeiros têm desenvolvido bibliografia no tema gestão de caso. Ao longo dos anos, vão introduzindo aspetos inovadores e todos se complementam entre si.

Para BOWER (1991) in STANHOPE e LANCASTER (1999, p. 390) gestão de caso é um «**processo de prestação de cuidados** de saúde cujos **objetivos** consistem em proporcionar cuidados de saúde de qualidade, diminuir a fragmentação,

melhorar a qualidade de vida do utente e conter os custos.» Sendo «(...) um **processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação** de serviços, **encaminhamentos**, e **monitorização** que vai ao encontro das múltiplas necessidades de serviços dos utentes.» (SECORD, 1987 in STANHOPE e LANCASTER, 1999, p.390). Estas mesmas autoras em 2011 apresentam o conceito de gestão de caso enquanto **competência**, uma «**habilidade** para estabelecer um **plano** apropriado de cuidados baseado na apreciação do cliente/família e coordenando os recursos e os serviços necessários para o benefício do cliente.» (MULLER e FLARERY, 2003 in STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 452)

A gestão de caso tem sido uma prática muito usada nos EUA sobretudo em **populações de risco**, nomeadamente toxicodependentes, idosos, pessoas com doença mental, pessoas com VIH, pessoas em liberdade condicional e crianças com acompanhamento ao nível do desenvolvimento (GONZALEZ; CASARIN; CALIRI; SASSAKI; MONROE; VILLA, 2003). Os mesmos autores (2003, p. 3) referem que a gestão de caso «é uma das **tecnologias para microgestão** das actividades clínicas na perspectiva dos sistemas integrados de saúde (...) conjunto de passos lógicos e um processo de interação com **rede de serviços** que assegura aos pacientes os serviços necessários, de uma maneira eficiente, com apoio e uma **boa relação custo-benefício**», e que são necessários **requisitos** para alcançar os objetivos da gestão de caso (Figura nº 2).

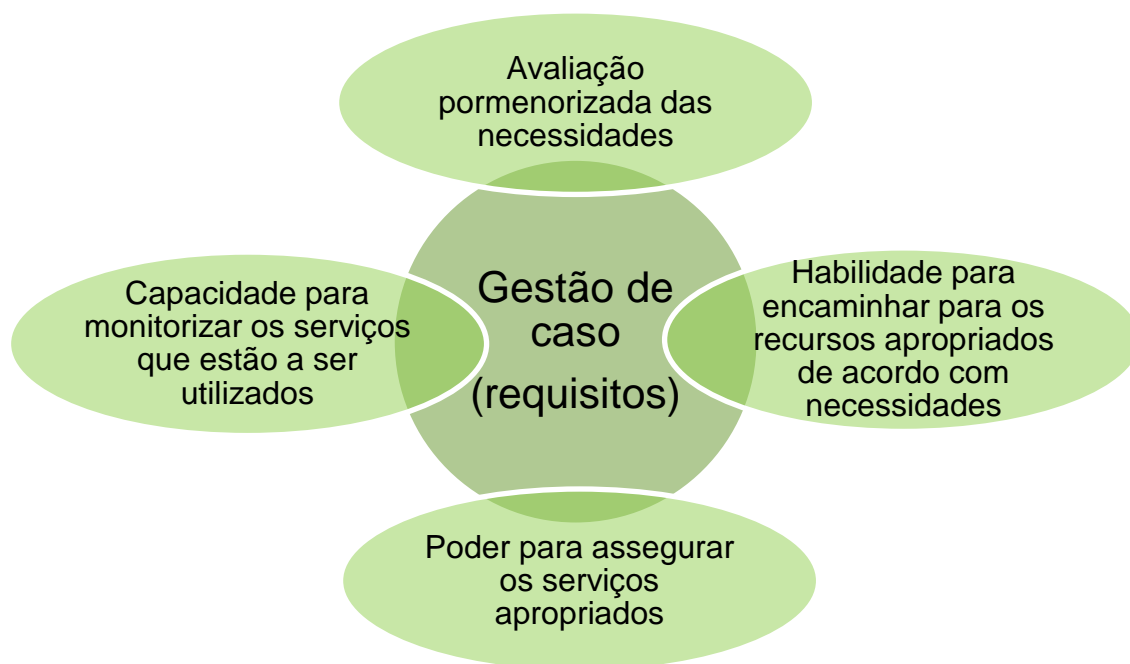


Figura nº 2 – Requisitos necessários na gestão de caso
Fonte: Adaptado de GONZALES et al., 2003

De acordo com RICE (2004, p.150) gestão de caso «refere-se ao **processo** de prestação de cuidados de acordo com o tipo de caso ou necessidades individuais do utente». Esta mesma autora, acrescenta que a gestão de caso tem como **objetivo** alcançar resultados num limite adequado de **tempo** e demonstra a preocupação com a **qualificação** do gestor de caso, devendo este ser experiente para ter «a seu cargo a manutenção da qualidade dos cuidados prestados, a coordenação dos serviços multidisciplinares, a utilização dos serviços existentes na comunidade e assegurar que os resultados esperados dos cuidados são alcançados dentro de um limite de tempo razoável” (2004, p.151).

Os autores STANTON e DUNKIN in STANHOPE e LANCASTER (2011) defendem que a gestão de caso tem vindo a ser assumida por enfermeiros com mestrado que cuidam de pessoas ou agregados comunitários, sistemas de doença e processos de gestão de resultados.

Verifica-se assim, que os autores assumem que **os enfermeiros devem ser os gestores de caso no seio das equipas multidisciplinares.**

RICE (2004) refere que existem vários modelos de gestão de caso, no entanto defende que os cuidados devem ser multidisciplinares e que o enfermeiro deve realizar a coordenação dos serviços de enfermagem com as restantes áreas. Todavia, alerta para o facto de que, se os cuidados forem apenas prestados por outro profissional que não enfermeiro, deverá ser esse profissional o gestor de caso.

Nesta linha de pensamento, é importante realçar que STANHOPE e LANCASTER (1999; 2011) consideram que existe **complementaridade** entre as componentes nucleares do **processo de gestão de caso** e do **processo de enfermagem**, conforme se apresenta no Quadro nº 3

Quadro nº 3 – Complementaridade entre o processo de enfermagem e o processo de gestão de caso

Processo de enfermagem	Processo de gestão de caso
Identificação	Procura de caso
Diagnóstico	Identificação dos problemas
Planeamento/resultados	Priorização dos problemas
Implementação	Defesa dos interesses do utente
Avaliação final	Reavaliação

Fonte: STANHOPE e LANCASTER (1999; 2011)

No contexto de cuidados domiciliários considera-se que são vários os elementos necessários para uma gestão de caso (Figura nº 3), onde se salienta a existência de um **plano de cuidados único**.



Figura nº 3 - Elementos a considerar na gestão de caso nos cuidados domiciliários segundo RICE (2004)
Fonte: Adaptado de RICE (2004)

Com STANHOPE e LANCASTER (2011), emergem **valores centrais** como aumentar a duração de vida saudável, reduzir as disparidades e promover o acesso aos cuidados e aos serviços de prevenção, que devem orientar a prática dos enfermeiros gestores de caso.

Por sua vez, os autores CARY (1998), LEWELLYN e MOREO (2001) in STANHOPE e LANCASTER (2011) descrevem ainda **papéis** do gestor de caso (Quadro nº 4).

Quadro nº 4 – Papéis do gestor de caso

PAPÉIS DO GESTOR DE CASO
<ul style="list-style-type: none">• Agente <p>Atua como agente para os prestadores de cuidados de que o cliente necessite para manter a cobertura de acordo com o orçamento e os limites de custo do plano de cuidados de saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Consultor <p>Trabalha com os prestadores de cuidados, os fornecedores, a comunidade e outros gestores de caso para fornecer perícia em gestão de caso no âmbito de aplicações programáticas e individuais.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Coordenador <p>Combina, regula e coordena os serviços de cuidados de saúde necessários, aos clientes em todas as áreas com necessidade de serviços.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Educador <p>Educa o cliente, a família e prestadores de cuidados sobre o processo de gestão de caso, sistema de prestação, recursos de saúde da comunidade e respetiva cobertura, de modo a que possam ser tomadas, por todas as partes, decisões informadas.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Facilitador <p>Apoia todas as partes no trabalho com vista à obtenção de objetivos mútuos.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Oficial de Ligação <p>Fornece uma ligação de comunicação formal entre todas as partes a propósito do plano de gestão de cuidados.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Mentor <p>Aconselha e orienta o desenvolvimento da prática de novos gestores de caso.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Monitor/relator <p>Fornece informação às partes sobre o estado do cliente e situações que afetam a segurança do cliente, a qualidade dos cuidados e os resultados do cliente e ainda, sobre fatores que alteramos custos e a responsabilidade.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Negociador <p>Negoceia o plano de cuidados, serviços e modalidades de pagamento com os fornecedores, usa a colaboração efetiva e estratégias de grupo.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Defensor do cliente <p>Atua como defensor, dá informação e dá apoio nas alterações dos benefícios que aconteçam ao próprio, à família, ao prestador de cuidados e nos sistemas de capitação.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Investigador <p>Utiliza e aplica práticas baseadas na evidência nas intervenções programáticas e individuais com os clientes e as comunidades; participa na proteção dos clientes em estudos de investigação; inicia/colabora em estudos de investigação.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Monitor de padronização <p>Formula e monitoriza as principais orientações específicas e sua sequência no tempo e plano do mapa de cuidados que guiam o tipo e temporização de cuidados, para estar de acordo com os resultados previstos para o tratamento de um cliente específico em condições específicas; tenta reduzir as variações no uso de recursos e os desvios nos objetivos em relação aos padrões, de forma a que ajustamentos possam ocorrer de uma forma programada.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Atribuição de funções <p>Distribui recursos de cuidados de saúde limitados de acordo com um plano ou fundamentação.</p>

Fonte: CARY (1998), LEWELLYN e MOREO (2001) in STANHOPE e LANCASTER (2011)

De forma a se alcançar a **eficiência** WEILL e KARLS (1985) in STANHOPE e LANCASTER (2011) descrevem as **caraterísticas** necessárias na gestão de caso (Quadro nº 5).

Quadro nº 5 – Caraterísticas necessárias na gestão de caso

CARATERÍSTICAS NECESSÁRIAS NA GESTÃO DE CASO
Qualificações técnicas para compreender e avaliar diagnósticos específicos;
Aptidão na linguagem e terminologia (capaz de compreender para depois explicar aos outros em termos simples);
Assertividade e diplomacia com pessoas de todos os níveis;
Capacidade de apreciar objetivamente as situações e planejar serviços apropriados de gestão de caso;
Conhecimento dos recursos disponíveis e das forças e fraquezas de cada um;
Capacidade de atuar como advogado do cliente e pagador;
Capacidade para atuar como conselheiro ou facilitador de clientes, fornecendo suporte, compreensão, informação e intervenção.

Fonte: WEILL e KARLS (1985) in STANHOPE e LANCASTER (2011)

Os **conhecimentos e capacidades** necessárias na gestão de caso são:

- Conhecimento dos recursos da comunidade e mecanismos de financiamento;
- Comunicação escrita e oral, e documentação;
- Negociação proficiente e práticas de resolução de conflitos;
- Processos de pensamento crítico para identificar e dar prioridade aos problemas do ponto de vista do prestador de cuidados e do cliente;
- Aplicação de práticas baseadas na evidência e medição de resultados (STANHOPE e LANCASTER, 2011).

O Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2007, p.3-4) sintetiza de uma forma muito sucinta os **elementos caraterizadores** da gestão de caso (Quadro nº 6). Este quadro especifica de uma forma muito clara o que diferencia a gestão de caso, estando implícitos **requisitos** defendidos por GONZALES et al. (2003), **elementos** defendidos por RICE (2004) e **papéis** defendidos por STANHOPE e LANCASTER (2011).

Quadro nº 6 – Quadro explicativo dos elementos caracterizadores da gestão de caso

A gestão de caso ...	A gestão de caso não...
<ul style="list-style-type: none"> • ...é uma dimensão que mobiliza múltiplas competências; • ...é uma estratégia que visa gerir de forma coordenada, integrada e coerente os percursos de habilitação/reabilitação através da mobilização de um conjunto de serviços; • ...implica a mobilização de vários profissionais, com competências diversas e especializadas; • ..pressupõe o trabalho cooperativo entre todos os intervenientes nos diferentes papéis e responsabilidades associadas; • ...desestrutura as formas tradicionais de intervenção profissional, alterando as atitudes e práticas dos profissionais; • ...vive do trabalho em equipa; • ...está focalizada nos clientes e significativos; • ...promove a participação ativa do cliente em todas as fases, numa lógica de empowerment e respeito. 	<ul style="list-style-type: none"> • ...corresponde a uma área específica do conhecimento, a uma competência particular. • ...é uma profissão, um conteúdo funcional. • ...se resume à intervenção do gestor de caso. • ...gera ou justifica a definição de níveis de poder e autoridade a qualquer dos profissionais intervenientes. • ...pode ser considerada apenas como uma nova abordagem conceptual, com reduzidos impactos nas práticas. • ...vive fundamentalmente, e muito menos exclusivamente, de sistemas de informação de suporte. • ...é uma soma apenas melhor articulada de intervenções – individuais ou institucionais. • ...está confinada à dimensão institucional da intervenção; não reconhece muros, portas ou outros obstáculos para articulação e cooperação – institucional e interinstitucional. • ...pode ser uma estratégia do poder e autoridade dos profissionais

Fonte: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2007, p.3-4)

Segundo STANHOPE E LANCASTER (1999) é muitas das vezes através das actividades de gestão de caso de um enfermeiro, que se descobrem défices na qualidade e quantidade de serviços de saúde na comunidade.

- **Procedimentos**

STANHOPE e LANCASTER (2011) alertam para o facto de que, com o aumento de problemas complexos torna-se imprescindível que a gestão de caso se torne cada vez mais **eficiente**; esta é muito trabalhosa, dispendiosa e consumidora de tempo. Por sua vez, também defendem que, na gestão de caso quer os profissionais quer a pessoa cuidada partilham os mesmos objetivos que são:

- Promover a **qualidade** nos serviços prestados às populações;
 - **Reduzir os cuidados institucionais** mantendo a qualidade dos processos e resultados satisfatórios;
 - Gerir a utilização dos **recursos** através do uso de protocolos, tomada de decisão baseada na evidência, utilização de orientações/protocolos e de programas de gestão de doença;
 - Controlar **custos** através de processos de gestão de cuidados e resultados.
- (STANHOPE; LANCASTER, 2011)

Neste âmbito, torna-se importante desenvolver procedimentos uniformes que promovam a eficiência da gestão de caso. RICE (2004) que se tem debruçado sobre os cuidados domiciliários, especifica **procedimentos** necessários a ter em conta aquando da realização de gestão de caso, que serão especificados de seguida.

O **trabalho de equipa** é fundamental, devendo existir cooperação entre todos os intervenientes. Cada elemento tem que saber qual o seu **papel**, de forma a alcançar a máxima *performance*, não havendo repetição de ações entre os varios profissionais.

Para tal, realça a existência de **reuniões multidisciplinares mensais** para a discussão de casos, de forma a serem analisados os progressos em relação aos resultados esperados. Nesta reunião deve ser analisado o contributo de cada profissional, propor alterações e identificar problemas. Porém, se um profissional não puder estar presente, o gestor de caso deve enviar um **resumo da reunião** e saber a opinião desse mesmo profissional.

No que concerne ao **plano de cuidados** defende que este deve ser elaborado em conjunto com todos os intervenientes no processo de cuidados . Por sua vez, também defende a existência de uma **pasta de arquivo no domicílio** com um exemplar do plano de cuidados e outras informações pertinentes. Todo o planeamento deve promover o envolvimento da pessoa e do cuidador.

O gestor de caso deve ainda desenvolver um **plano semanal das visitas domiciliárias** dos vários profissionais, de forma a maximizar a qualidade dos serviços e a prevenir a exaustão quer da pessoa quer do cuidador.

Geralmente **o número de visitas domiciliárias** é superior no início da gestão de caso, prevendo-se que estas vão diminuindo a partir da satisfação das necessidades iniciais da pessoa. Se os resultados forem atingidos a prestação dos serviços domiciliários cessa.

O uso de **telemóveis** facilita a eficácia na comunicação, e a existência de **computadores portáteis** torna mais fácil a realização dos registos.

A autora salienta ainda a importância de se **conhecer a dinâmica familiar** para o planeamento de cuidados tendo subjacente que a família «representa um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem.» (RICE, 2004, p. 49) São várias as necessidades que uma família pode possuir conforme se ilustra na Figura nº 4.



Figura nº 4 – Tipos de necessidades em termos de cuidados de saúde que as famílias podem ter
Fonte: Rice (2004)

Torna-se importante realçar o facto de que no processo de cuidados a pessoa poderá ser vista de forma mais abrangente, como Pessoa/Família/Comunidade (AMENDOEIRA, 2006).

1.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A Prática Baseada na Evidência (PBE) promove «o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente.» (ATALLAH e CASTRO in DOMENICO e IDE, 2003, p. 116) e este aspeto foi sendo destacado ao longo da revisão bibliográfica como uma capacidade que o gestor de caso deve possuir. Desta forma, considerou-se importante pesquisar sobre as melhores evidências científicas disponíveis sobre gestão de caso.

A revisão sistemática «(...) é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico.» (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004, p. 549).

Segundo os autores SANTOS, PIMENTA e NOBRE (2007), a estratégia a utilizar para a PBE é a formulação de uma pergunta **PI[C]O** (População, Intervenções, Comparações e Outcomes). Os mesmos autores (2007, p. 2) referem que uma «(...) pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias».

1.2.1 Protocolo de pesquisa

Foi formulada uma questão de partida em formato PI[C]O: “**Como é que a Gestão de Caso (I) promove a qualidade (O) dos Cuidados de Saúde Domiciliários (P)?** ”. Esta funcionou como guia orientador para a elaboração da RSL (ANEXO III).

Da elaboração da pergunta emergiram três palavras-chave a utilizar na pesquisa em base de dados, nomeadamente, **Case management, Quality of health care e Home care**.

As palavras-chave escolhidas foram verificadas como descritores nas bases internacionais MeSH Browser e Decs-Descritores.

Foi definida a seguinte hierarquização das palavras-chave:

1. Case management
2. Quality of health care
3. Home Care

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO através de um protocolo de pesquisa, com um friso cronológico de 2007 a 2012 (ANEXO IV). Nesta plataforma, acedida através do site da Ordem dos Enfermeiros, optou-se pelas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, de acordo com os limitadores de pesquisa.

As pesquisas desenvolvidas (ANEXO V) foram inicialmente realizadas palavra a palavra de forma isolada e, posteriormente, duas a duas. Da conjugação das três palavras-chave resultaram quatro artigos. Os títulos e resumos desses artigos foram analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (ANEXO VI) e nenhum deles foi excluído. Posteriormente, procedeu-se à leitura do texto integral dos mesmos tendo um sido excluído na medida em que não contribuía para a questão pico elaborada. Foram analisados três artigos (ANEXO VII) com a realização das fichas de leitura (ANEXO VIII) e elaborada a respetiva classificação das evidências científicas.

1.2.2 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com os três artigos analisados, construiu-se um quadro resumo (Quadro nº 7), constando o nome dos autores, a data da publicação, a origem do estudo e os participantes. Paralelamente, foi realizada a caracterização dos estudos segundo o nível de evidência de acordo com o autor HICKS in CRUZ e PIMENTA (2005, p. 416) (ANEXO IX).

Os artigos encontram-se ordenados por data da publicação.

Quadro nº 7 – Quadro resumo dos artigos analisados

ARTIGO	Nº 1	Nº 2	Nº 3
Título	Home-Based Palliative Care Services for Underserved Populations	The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project	Practices to Improve Transitions of Care: A National Perspective
Ano da publicação/ Origem	2010 EUA	2011 Reino Unido	2012 EUA
Autores	Ritabelle Fernandes; Kathryn L. Braun; Joseph Ozawa; Merlita Compton; Crisanta Guzman; Emese Somogyi-Zalud	Christine Ingleton, John Chatwin, Jane Seymour, Sheila Payne	Cheri Lattimer
Tipo de estudo	Quantitativo	Qualitativo	Artigo de opinião
Participantes	Ao longo de um período de 12 meses (fevereiro de 2007 a janeiro de 2008), 91 clientes HBPC foram incluídos no estudo, incluindo 46 adultos doentes (idades 27-94), com avançadas doenças crónicas e 45 correspondentes cuidadores primários.	Amostra intencional com entrevista a 17 stakeholders (6 enfermeiros, 3 administradores, 2 comissários regionais, 2 assistentes e 4 profissionais de saúde) e a 6 cuidadores familiares em luto que lidaram com o projeto.	Sem participantes
Nível de evidência	IV	IV	V

O artigo 1 (FERNANDES et al., 2010), é um estudo sobre um programa de cuidados paliativos prestados em contexto domiciliário, nos EUA. Este programa incidiu sobre uma comunidade de imigrantes a residir em Kokua Kalihi. Em Kokua Kalihi, os rendimentos são baixos e as populações de imigrantes da Ásia e das Ilhas do Pacífico com necessidades em cuidados de saúde em fase final de vida, eram raramente abordadas. Muitos não tinham seguro de saúde e não era garantida a acessibilidade a cuidados de saúde. Por se tratar de uma população vulnerável, foi criado em 2002 um programa de visita médica, o qual foi ampliado em 2003 para um programa estruturado de cuidados paliativos em contexto domiciliário. O programa foi desenvolvido com o

objetivo de melhorar a acessibilidade e para oferecer cuidados paliativos a doentes com doenças crónicas avançadas.

Durante 12 meses foram colhidos dados prospectivamente, dos cuidados prestados a doentes imigrantes. Neste âmbito, os participantes foram 91 clientes, incluindo 46 adultos doentes (idades 27-94), com doenças crónicas avançadas e 45 cuidadores familiares.

Neste estudo foram delineados como objetivos: avaliar sintomas de alívio e qualidade da vida; rastrear o uso de recursos da comunidade como gestão de caso, idas à urgência e hospitalizações bem como avaliar a satisfação com o programa.

Os dados foram colhidos no momento da admissão, e repetidamente depois em cada visita domiciliária, com a aplicação das seguintes escalas:

- Missoula-Vitas Quality of Life Index (índice de qualidade de vida);
- Edmonton Symptom Assessment Scale (escala de avaliação de sintomas);
- Palliative Performance Scale (escala de avaliação de desempenho em cuidados paliativos).

Por sua vez, a avaliação da satisfação dos cuidadores foi realizada com a aplicação da escala Famcare, ao longo das visitas domiciliárias.

Os cuidadores familiares em luto foram entrevistados por telefone, após um mês da morte do familiar.

No estudo salientam-se diversos procedimentos adotados pelo programa, entre eles:

- A equipa é interdisciplinar, sendo constituída por um médico de medicina paliativa e geriátrica, uma enfermeira, um gestor de caso, um psicólogo (que também é pastor), por intérpretes e por voluntários;
- As visitas de rotina são agendadas a cada 2-3 meses e a equipa oferece cuidados médicos, avaliação dos cuidadores no âmbito de desgaste e *stress* e fornece educação aos doentes e famílias;
- Os gestores de caso (que não são especificados) visitam a família a cada 2-4 semanas e fazem a ligação com os recursos da comunidade apropriados;
- São desenvolvidas com o doente/família, as directrizes antecipadas (testamento vital) Esta ação é iniciada pelo médico com o acompanhamento do gestor de caso;
- Criação de grupos de apoio mensais para cuidadores, com o objetivo de oferecer educação e ajuda para lidarem com a situação bem como promover relaxamento;

- Criação de parcerias com Escolas de Enfermagem, Escolas de Medicina e de Direito e também com toda a comunidade local. As parcerias locais com as universidades, igrejas e outras entidades, ajudam a expandir a equipa, havendo uma ajuda adicional no rastreio e monitorização dos doentes;
- As visitas por outros profissionais, como um psiquiatra e nutricionista, podem ser programadas;
- Realização de intervenções como tratamento de feridas, análises e vacinas são fornecidas em casa.

As principais conclusões do estudo são apresentadas de seguida e nestas é visível como o programa que teve na retaguarda a gestão de caso, contribuiu para um aumento da qualidade dos cuidados de saúde. A acessibilidade, o planeamento e a satisfação com os cuidados aumentaram e, conseqüentemente, obtiveram-se ganhos em saúde ao nível do aumento da qualidade de vida e diminuição das hospitalizações, por situação aguda.

- Mais da metade dos doentes tinham condições crónicas neuro degenerativas e o segundo diagnóstico mais comum foi o cancro;
- Observou-se uma redução de hospitalizações após a admissão no programa; sendo que a percentagem de doentes que não tiveram admissão em cuidados agudos, aumentou de cerca de 48% para 74%;
- Os sintomas mais vivenciados pelos doentes foram náuseas e falta de ar. Para a maioria dos sintomas, houve tendência para melhorar o controlo;
- Apesar de nenhum dos *scores* de mudança serem estatisticamente significativos (devido ao pequeno tamanho da amostra e os grandes desvios-padrão), a percentagem de doentes com bons resultados na redução da ansiedade aumentou de 59% para 81% e de 57% para 71% no controlo da dor;
- Os desejos dos doentes ao nível de tomadas de decisão sobre reanimação cardio-respiratória ou não, sobre a pessoa a decidir em caso de incapacidade, negociados no testamento vital aumentaram de 50% para 90%;
- A satisfação dos cuidadores com o programa foi alta e todos os 45 cuidadores referiram estar satisfeitos com as visitas realizadas;
- A experiência demonstrou a eficácia das abordagens de cuidados paliativos nesta população vulnerável;
- O serviço de suporte mais utilizado durante o ano do estudo foi a gestão de caso, tendo sido considerado um factor chave perante a escassez de lares de idosos;

- A existência de gestores de caso foi fundamental para a construção da confiança no sistema de saúde, como ponte cultural e para diminuir as lacunas linguísticas existentes;
- O programa demonstrou a capacidade de estabilizar os doentes em fase final de vida, em contexto domiciliário. Simultaneamente, permitiu minimizar a dor e ansiedade para a maioria dos doentes, melhorar o planeamento de cuidados, reduzir as hospitalizações e aumentar o uso adequado dos recursos da comunidade.

Este estudo faz alusão a diversas evidências científicas que podem ser uma mais-valia para a prática das UCC que também intervêm em populações vulneráveis como a estudada. Por sua vez, apesar de não identificar o profissional que assume a gestão de caso, considera-a uma metodologia que promove a qualidade dos cuidados e a acessibilidade aos mesmos. Quer a qualidade quer a acessibilidade são dimensões defendidas pelo actual PNS 2012-2016 (ACS, 2012, p. 2), o qual refere que «o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.»

A gestão de caso foi fundamental para a construção da confiança no sistema de saúde, como ponte cultural e para diminuir as lacunas linguísticas existentes, o que salvaguarda uma das características defendidas pelos autores WEILL e KARLS (1985) in STANHOPE e LANCASTER (2011) ou seja, a aptidão na linguagem e terminologia, em que o gestor de caso é capaz de compreender para depois explicar ao outro. Para tal, a equipa possuía interpretes como voluntários, os quais apoiavam os gestores de caso. Também a UCC é muitas vezes confrontada com a multiculturalidade e com a dificuldade de lidar com idiomas diferentes que dificultam a comunicação. A estratégia adotada tem sido pedir a colaboração de familiares que compreendam bem português e que simultaneamente falem a língua materna da pessoa mas, este artigo dá-nos a ideia de que é importante ter voluntários que colmatem esta necessidade, os quais devem integrar a equipa prestadora de cuidados.

Outras das evidências encontradas foi a abordagem do testamento vital e a existência de um grupo de apoio para cuidadores informais, os quais têm vindo a ser aspectos que a equipa da UCC reflete no seu dia-a-dia.

No que se refere ao testamento vital, foi visível no estudo que os desejos relativamente a tomadas de decisão sobre ser submetido a reanimação cardiorespiratória ou não e, a escolher as pessoas que assumirão as tomadas de decisão em caso de incapacidade, aumentaram de 50% para 90%. Esta é uma preocupação dos profissio-

nais da equipa de cuidados continuados da UCC sobretudo com a actual publicação da Lei nº 25/2012 de 16 de julho que «regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (2012, p. 3728). No estudo, verifica-se que esta abordagem é realizada pelo gestor de caso e por um médico com formação específica em cuidados geriátricos e paliativos. É importante salientar que na UCC, o suporte médico é dado pelos médicos de família, que muitas vezes não têm formação avançada em cuidados paliativos. Pelo facto de algumas pessoas não terem médico de família, a equipa da UCC tem a colaboração de duas horas semanais de um médico que tem formação em cuidados paliativos mas não de carácter avançado. Esta colaboração fica muito aquém das necessidades pelo que, a equipa tem vindo a fundamentar a importância junto dos órgãos superiores de haver um médico com formação avançada e com mais horas atribuídas. No entanto, a equipa da UCC considera ser essencial manter a articulação constante com a equipa de saúde da pessoa cuidada ou seja, enfermeiro e médico de família.

No que se refere ao grupo de apoio, esta é também uma evidência muito importante em virtude de no estudo se ter verificado a satisfação dos cuidadores. Na UCC são vivenciadas diariamente situações de grande exaustão por parte dos cuidadores informais e a criação de um grupo de apoio é uma boa prática a ser implementada. É relevante salientar que, muitas vezes, a exaustão contribui para a necessidade de referenciar a pessoa para unidades da RNCCI. Esta referenciação leva a que a pessoa tenha que sair do conforto da sua casa, podendo mesmo vir a falecer fora desta, ao contrário do seu desejo.

O artigo nº 2 (INGLETON et al., 2011) incide também sobre um programa de cuidados continuados do foro paliativo em contexto domiciliário. Foi testado no Reino Unido, entre 2007 e 2008 e foi criado com os seguintes objetivos:

- Aumentar a escolha no fim da vida e apoiar os indivíduos a permanecerem em contexto domiciliário como uma escolha positiva;
- Evitar hospitalizações e re-hospitalizações inadequadas para cuidados hospitalares agudos;
- Apoiar o trabalho de enfermagem no âmbito de cuidados paliativos;
- Evitar admissões inadequadas para cuidados de longa duração para indivíduos com necessidades altamente complexas.

Neste artigo transparece a preocupação dos enfermeiros pelo facto de terem sido delegadas muitas intervenções de enfermagem a trabalhadores que, não são enfermeiros no âmbito dos cuidados domiciliários. Por um lado, consideram que tal não

devia ter ocorrido e por outro, consideram que a redução de custos terá sido um factor que terá contribuído para esta situação. Referem também que, muitas vezes, estes trabalhadores são intitulados pelas populações de enfermeiros quando não o são.

Perante tal preocupação, foi criado um programa em que as auxiliares que prestam cuidados domiciliários a pessoas em fase final de vida são recrutadas, formadas e supervisionadas por enfermeiros. O recrutamento, a formação e a supervisão destas trabalhadoras tem o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

No início do programa, a equipa consistia em 2 enfermeiros, 16 auxiliares (dos quais cerca de metade trabalhava a tempo parcial) e 2 administrativos. Um enfermeiro qualificado foi nomeado para apoiar permanentemente os auxiliares, fazendo o papel de gestor de caso. Os auxiliares receberam formação durante um mês e podiam prestar cuidados ao nível da higiene pessoal, da administração de medicamentos e da preparação de refeições, bem como apoiar os doentes e suas famílias.

O período-piloto foi de seis meses e foram encaminhados 266 doentes para o programa. Dos 266 encaminhamentos, 196 foram aceites, 31 não foram aceites por falta de capacidade do serviço no momento e 39 foram avaliados como sem critério.

A amostra do estudo foi intencional, com entrevistas a 17 stakeholders (6 enfermeiros, 3 administradores, 2 comissários regionais, 2 auxiliares e 4 profissionais de saúde que não enfermeiros) e a 6 cuidadores familiares em luto que lidaram com o programa.

Os dados foram colhidos entre setembro-novembro de 2008, e dependendo da função do entrevistado e o seu envolvimento com o programa, foram analisadas as seguintes questões: o papel e a função dos auxiliares, o impacto do programa nos doentes e cuidadores, a continuidade dos cuidados e a facilitação de escolhas.

Neste estudo, os procedimentos que mais se salientaram foram:

- O recrutamento, formação e supervisão dos auxiliares por parte dos enfermeiros;
- A formação envolveu o acompanhamento de enfermeiros na prestação de cuidados de saúde a doentes em fase final de vida, nomeadamente em contexto hospitalar;
- O desenvolvimento de planos de cuidados pelo gestor de caso. Estes descreviam pormenorizadamente as actividades a desenvolver pelos auxiliares, como por exemplo, o dar refeições e a mobilização dos doentes.

Do estudo emergiram as seguintes conclusões:

- Os stakeholders e cuidadores em luto consideraram que os auxiliares foram uma mais-valia para a prestação de cuidados paliativos na comunidade;

- Os stakeholders consideraram ainda como factores muito importantes, o recrutamento cuidadoso, a formação específica e a realização da gestão de caso por enfermeiros. O acompanhamento constante por um enfermeiro promoveu a atribuição específica de tarefas e uma comunicação mais eficaz, na medida em que havia um contacto permanente entre o enfermeiro e o auxiliar;
- O recrutamento dos auxiliares foi realizado através de anúncios na imprensa resultando num elevado número de candidaturas. No entanto, o número de indivíduos adequados para a função foi proporcionalmente pequeno;
- O programa teve um impacto positivo nos doentes em fase final de vida que optam por morrer em casa, podendo ser considerado como uma intervenção de sucesso;
- Mudanças nos padrões de trabalho colocam desafios aos enfermeiros no que concerne a cuidados de saúde em fase final de vida em contexto comunitário, e a gestão desses mesmos cuidados também;
- O programa pode ser facilmente reproduzido, incorporando diversos elementos nos serviços locais previamente já existentes;
- As necessidades de cuidados paliativos na comunidade vão aumentar rapidamente nos próximos 20 anos pelo que, o estudo é relevante para a prática clínica;
- Os auxiliares consideraram que o plano de cuidados traçado gestor é essencial no entanto, referiram que nem sempre são simples;
- Os cuidadores familiares saudaram a forma como os auxiliares desenvolveram os relacionamentos e satisfizeram as necessidades dos doentes. Contribuíram para que os doentes falecessem no domicílio em vez de falecerem num hospital de uma forma impessoal;
- É importante supervisionar o trabalho destes novos trabalhadores e valorizar a importância da existência de planos de cuidados traçados por gestores de caso e não os considerar apenas “papelada”.

Este artigo é sem dúvida uma mais-valia para a prática das UCC uma vez que, são vários os procedimentos relatados e que podem ser adoptados. É importante salientar que a UCC desenvolve parceria com todas as instituições do concelho que prestam cuidados domiciliários e que frequentemente estas instituições referenciam pessoas que precisam de cuidados de saúde. Neste âmbito, salienta-se que a UCC reúne mensalmente com os diretores técnicos das instituições que representam estes trabalhadores para analisar os casos, sendo esta uma mais-valia para se irem introduzindo procedimentos descritos neste estudo.

Obviamente que a UCC não está presente no recrutamento dos trabalhadores que prestam cuidados domiciliários mas, tendo em conta que cuidam das pessoas abran-

gidas pela UCC, seria importante estar na retaguarda destes com planos de formação e planos de cuidados que salvaguardem a qualidade dos cuidados prestados, através da figura de gestor de caso. A UCC já desenvolveu formação a estes cuidadores formais, mas foi de carácter pontual; no entanto, carece de ser organizada de uma forma contínua e organizada, sendo uma proposta viável a fazer aos diretores técnicos.

O artigo nº 3 de LATTIMER (2012) apesar de ser um artigo de opinião, trata-se de um documento que demonstra muitas evidências científicas. A autora defende a ideia de que, melhorar a continuidade dos cuidados nas transições dos mesmos não implica começar do zero na medida em que, existem muitas informações e ferramentas. O conceito de transição aqui evidenciado tem a ver com a transição entre cuidados hospitalares e comunitários nomeadamente, os domiciliários e vice-versa. Descreve o papel da NTOCC (National Transitions of Care Coalition), que é uma coligação que existe há sete anos com o objetivo de melhorar a indústria dos cuidados de saúde. Esta coligação criou um website que apoia profissionais e cuidadores, com recursos e ferramentas. Dos recursos existentes evidencia a existência de um compêndio com documentos oficiais, artigos de revistas científicos e sites para consulta.

O artigo descreve sete programas/projetos existentes nos EUA e os estudos que avaliaram o impacto dos seus resultados:

- **CTI (Care Transitions Intervention)**- desenvolvido pelo Dr. Erie Colemaa. É um programa que permite aos doentes com necessidades de cuidados complexas e cuidadores familiares, ferramentas específicas, possibilitando o treino com um profissional para adquirirem competências de auto-gestão. Este investimento no autocuidado é pago a jusante. Não é especificado o profissional responsável pela gestão do processo, no entanto é referido que é responsável por 350 doentes crónicos adultos e que inicia a sua intervenção no período inicial da hospitalização, e que desenvolve o acompanhamento durante um período de 12 meses. O CTI tem sido adotado por mais de 470 organizações em 37 estados em todo o país. A Califórnia HealthCare Foundation implementou o CTI e observou que as taxas de re-hospitalização em 30 dias e aos 90 dias diminuíram quando comparado com o grupo de controlo, em relação aos doentes com intervenção. Em Rhode Island, o CTI reduziu a taxa de readmissão hospitalar de 20,0% para 12,8%;
- **TCM (Transitional Care Model)** - desenvolvido na Universidade da Pensilvânia e liderada por Mary Naylor (enfermeira). Estabelece uma equipe multidisciplinar, liderada por um enfermeiro com mestrado e com formação em transições de cuidados para doentes crónicos de alto risco e idosos, antes, durante e depois da alta hospitalar. Observaram-se reduções significativas no total dos custos dos cuidados de saúde,

com ensaios clínicos randomizados. As melhorias na qualidade e a diminuição de custos pelos estudos contribuíram para a selecção do TCM como uma abordagem de topo, baseada em evidências.

- **Guided Care Mod** – desenvolvido na Universidade Johns Hopkins. É liderado por um enfermeiro qualificado, que coordena cuidados para doentes crónicos. Após um ano, em um estudo controlado randomizado, verificou-se que houve diminuição do nº de dias de hospitalização em 24%, diminuição do nº de dias nas instalações qualificadas de enfermagem de emergência em 37%, diminuição do nº visitas do departamento em 15%, diminuição dos episódios em casa em 29% e diminuição de visitas de especialistas em 9%. Estas reduções não foram estatisticamente significativas, no entanto, após o segundo ano de estudo verificou-se que os episódios em casa foram significativamente reduzidos em 30% mas as outras diferenças voltaram a não ser estatisticamente significativas.
- **RED (Project Re-Engineered Discharge)** - Foi desenvolvido pelo Dr. Brian Jack na Universidade de Boston e aperfeiçoado com a ajuda do Dr. Timothy Bickmore na Universidade de Northeastern. Foca num processo que assegura que os doentes são preparados ao deixar o hospital. Em 2008, um estudo controlado randomizado demonstrou que taxa de re-hospitalizações nos 30 dias após a alta, diminuiu em 30%. As re-hospitalizações e idas à urgência foram evitadas em 7,3 doentes com intervenção. Além disso, os custos com os doentes que receberam a intervenção diminuíram em 33,9%.
- **HBPC (Home-Based Primary Care)** - É um programa nacional administrado pelo Departamento dos Veteranos dos EUA. Fornece e coordena cuidados de saúde primários em casa, para doentes com doenças complexas, crónicas e progressivas. Em 2002, os veteranos inscritos em HBPC experienciaram uma redução de gastos de 63% no hospital e em 2008 houve uma redução de quase 24% nas taxas de readmissão em 30 dias. Além disso, os recém-inscritos no programa tiveram menos 68% de dias de internamento, incluindo menos 44% de hospitalização.
- **GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders)** - Recursos geriátricos para Avaliação e Prestação de Cuidados a Idosos é um programa piloto da Universidade de Indiana, coordenado por um médico com prática em coordenação de cuidados realizados a longo prazo. Neste programa, uma enfermeira e uma assistente social oferecem no domicílio a avaliação e gestão de cuidados. Um estudo controlado randomizado indicou diminuição de custos devido à redução dos custos hospitalares.
- **BOOST (Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions)** - O programa “melhores resultados para Idosos através de seguro” foi desenvolvido pela

Sociedade de Medicina Hospitalar, fornecendo gestão de projetos, ferramentas e orientação especializada para melhorar a transição dos cuidados para diminuir readmissões. As entidades que implementaram o programa observaram uma diminuição nas taxas de readmissão de doentes. Por exemplo, um hospital em St. Louis, Missouri diminuiu a taxa de readmissão de 30 dias em cerca de 42%. Também um hospital de Atlanta, Geórgia diminuiu as taxas de mortalidade e a taxa de readmissões de 30 dias diminuíram de 25,5% para 8,5% para doentes com menos de 70 anos.

LATTIMER (2012) focaliza na diminuição dos custos e das re-hospitalizações através dos vários programas/projectos. Esta mesma autora foca também a preocupação com a continuidade dos cuidados, enfatizando a importância de acompanhar as várias transições de cuidados nomeadamente, ao nível dos cuidados hospitalares e comunitários, nestes últimos com a inclusão de cuidados domiciliários.

LATTIMER (2012) defende que o sucesso dos programas de cuidados de saúde depende da melhoria da coordenação quer dos cuidados quer das transições de cuidados (hospitalares e comunitários) e que só assim se garantirá a continuidade dos cuidados. Por sua vez, é importante integrar o doente e família na equipa e que haja comunicação e transferência de informação. Os vários programas/projectos comprovam a diminuição dos custos e das re-hospitalizações e é importante ressaltar que, três programas têm na retaguarda enfermeiros sendo que um deles é liderado por enfermagem, o TCM (Transitional Care Model).

O TCM tem na retaguarda uma equipa multidisciplinar e foi destacado pelas altas evidências científicas demonstradas. A multidisciplinaridade também é uma característica das UCC pelo que, se vem a confirmar que a gestão de caso também poderá ser uma metodologia a ser promotora de cuidados com alta evidência científica.

Como se pode verificar, todos os artigos analisados deram contributos importantes para responder à pergunta PICO. Após esta análise, verificou-se que a gestão de caso promove a qualidade dos cuidados de saúde em contexto domiciliário, conforme os conceitos definidos pelo actual PNS 2012-2016 (ACS, 2012), ao nível da acessibilidade, equidade e continuidade dos cuidados.

Segundo o PNS 2012-2016 (SATURNO et al., 1990 in ACS, 2012) a Qualidade em Saúde está relacionada com a equidade e acessibilidade a cuidados de saúde de acordo com os recursos disponíveis e, através de um profissionalismo excelente, que promova a adesão e satisfação da pessoa cuidada. Este mesmo conceito vai ao encontro dos objetivos de uma gestão de caso na medida em que, quer a Qualidade em Saúde quer a Gestão de caso implicam adequar os cuidados de saúde com o melhor desempenho, às necessidades e expectativas do cliente.

Ainda no PNS 2012-2016 é mencionado que esta mesma qualidade depende das estruturas de prestação de cuidados (recursos materiais e humanos, instalações e organização), dos processos decorrentes da própria prestação de cuidados (qualidade técnica dos cuidados, informação produzida, a integração e continuidade de cuidados) e dos resultados (reabilitação / recuperação do doente, o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados) (Donabedian, 1997 in ACS, 2012). Por sua vez, a Qualidade em Saúde

«(...) tem diferentes dimensões como a adequação, efectividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e participação (CAMPOS e CARNEIRO, 2010; NORWAY, 2005 in ACS, 2012).»

Os três artigos salientam as várias dimensões da qualidade em saúde, conforme definidas anteriormente.

Sobressai, ainda, a importância da implementação da gestão de casos junto de pessoas, famílias, comunidades em situação de vulnerabilidade. As circunstâncias de vulnerabilidade focadas estão associadas a doenças crónicas e situações de fase final de vida. Por sua vez, a vulnerabilidade é um conceito que transparece na missão das UCC, na medida em que,

« (...) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, (...) » (Despacho n.º 10142/2009, p. 15438).

Salienta-se ainda a importância de dois conceitos defendidos no atual PNS 2012-2016 e que estão diretamente relacionados com o conceito de vulnerabilidade: o de períodos críticos e o de janelas de oportunidade. Este documento (ACS, 2012,p. 2) refere que

«o percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes - PERÍODOS CRÍTICOS (...) que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos - JANELAS DE OPORTUNIDADE - é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo.»

Este aspeto mencionado no PNS, transporta-nos para a teoria das transições defendida por MELEIS. Segundo MELEIS (2000), o ser humano pode experienciar um dese-

quilíbrio quando não tem capacidade para se adaptar devido a uma doença, risco de doença ou vulnerabilidade.

1.2 O CONCEITO E OS PROCEDIMENTOS DA “GESTÃO DE CASO” DA UCC

Na elaboração do projecto considerou-se que seria uma mais-valia, analisar o conceito e os procedimentos de gestão de caso na UCC. Desta forma, procedeu-se a uma abordagem qualitativa na medida em que, esta envolve os seres humanos num todo, centrando-se nas experiências em cenários naturalistas (DIAS; COSTA; SOARES; MOREIRA, 2004).

Neste tipo de estudo os seres humanos são tratados como seres únicos que atribuem significados às suas experiências provenientes do contexto da vida (MARCUS e LIEHR, 2001 in DIAS et al., 2004) e os “problemas que aparecem no dia-a-dia da prática podem ser estudados de forma privilegiada.”(DIAS et al., 2004, p.132)

1.3.1 Procedimentos metodológicos

- **População**

A população alvo abrangida foram os profissionais da UCC com funções de gestão de caso, ou seja que têm como característica comum a gestão de caso (FORTIN, 1999). Pelo facto da população alvo ser acessível na sua totalidade, aplicou-se o instrumento de colheita de dados a dez profissionais, o que perfaz 100% da população.

Considera-se importante salvaguardar que, o mesmo profissional pode estar integrado como gestor de caso em mais de um programa/projeto da UCC.

- **Considerações éticas**

A ética «é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.» (FORTIN, 1999, p. 114) e no âmbito de qualquer projecto de investigação é imperioso que se salvaguardem todos os princípios e direitos éticos.

Desta forma, foram garantidos, os princípios defendidos por FORTIN (1999) nomeadamente, o da autodeterminação (cada inquirido pode decidir por responder ou não); o da privacidade (cada inquirido respondeu com a informação que considerou pertinente) e o do anonimato e confidencialidade (o anonimato da população alvo foi garantido através do Surveymonkey na medida em que, a caligrafia podia ser reconhecida).

O questionário foi autorizado pela coordenadora da UCC e todos os profissionais inquiridos deram consentimento.

- **Técnica/Instrumento de colheita de dados**

A técnica de colheita de dados utilizada foi o inquérito e o instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário (ANEXO X).

Considerou-se que todos os sujeitos teriam aptidão para responder ao questionário e que devido às condições temporais a opção do questionário em prol de uma entrevista, era importante para a realização do projeto. O facto de nunca se ter refletido em equipa sobre gestão de caso foi também um fator que se considerou importante para que a colheita de dados fosse realizada de uma forma anónima, o que não seria possível com a entrevista (FORTIN, 1999).

O questionário foi constituído por cinco questões abertas nas quais foi dada a possibilidade dos questionados se exprimirem livremente. No quadro nº 8 é feita a relação entre a questão e o objectivo da mesma.

A introdução exponha os objectivos do mesmo e agradecia a colaboração dos participantes. Na sua validação intervieram as duas professoras, orientadora e co-orientadora deste trabalho.

Quadro nº 8 – Caracterização das questões

Questão	Objetivo
1	Caracterizar a população de acordo com os programas/projetos em que os profissionais intervêm como gestores de caso.
2	Identificar o conceito de gestão de caso de cada interveniente.
3	Identificar os procedimentos que consideram mais importantes
4	Identificar dificuldades sentidas como gestores de caso.
5	Complementar as questões com relato de experiências significativas enquanto gestores de caso.

Para FORTIN (1999, p.246) o instrumento de colheita de dados «deve ser pré-testado junto de sujeitos semelhantes aos da amostra do estudo.» O pré-teste é «uma

tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja.» (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 169)

O Pré-teste foi aplicado a vinte e nove de julho de 2012 a quatro profissionais de outras UCC do ACES Ribatejo (a 40% da população alvo), não se tendo verificado necessidade de ser reformulado.

A distribuição do questionário foi realizada por via internet pelo Surveymonkey (<http://www.surveymonkey.com/>) no dia 31 de julho de 2012.

Em seis de setembro de 2012, foram recolhidos seis dos dez questionários aplicados, o que fez sessenta por cento da população alvo. Desta forma, desconhece-se o motivo de quatro profissionais não responderem ao questionário.

- **Tratamento dos dados**

A informação dos seis questionários recolhidos foi organizada por questões numa grelha de forma a facilitar a leitura (ANEXO XI).

Após a organização em grelha, procedeu-se a uma leitura flutuante, que segundo BARDIN (1977, p. 96) «(...) consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações(...)» Durante esta fase, procedeu-se à realização de notas com as sugestões que surgiram dessa leitura.

Os seis questionários possibilitaram a efetivação do corpus de análise. BARDIN (1977, p. 96) refere que «o corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.» A exploração do corpus teve como orientação o referencial teórico desenvolvido.

Para análise da informação produzida, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que segundo BERELSON (s/d in BARDIN, 1977, p. 36) «é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.»

Após constituição do corpo de análise, procedeu-se à sua repartição, partindo do geral para o particular como uma das formas defendidas por BARDIN, na qual se determinam «(...) em primeiro lugar as rubricas de classificação e tenta-se em seguida arrumar o todo.» (1977, p. 60).

Posteriormente passou-se à codificação, durante a qual, segundo BARDIN, se transformam os dados de forma a permitir a representação das características pertinentes do conteúdo, através de recorte e classificação/agregação.

O segmento de conteúdo mínimo é a unidade de registo que segundo BARDIN (1977, p. 104) é:

«(...) a unidade de significação a codificar, e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. A unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis(...) Efectivamente, executam-se certos recortes a nível semântico, o «tema», por exemplo, enquanto que outros se efectuam a um nível aparentemente linguístico, como por exemplo, a «palavra» ou a «frase»».

Foram definidas como unidades de registo as expressões significativas dos questionários, pelo que foi realizada uma análise temática. Na interpretação dos dados é importante ter em consideração que as unidades de registo foram delimitadas com aspas (“) e que foram utilizadas reticências com parêntesis (...) para representar o corte da respetiva expressão. Por sua vez, o código (Q x) foi utilizado para identificar o questionário.

Após a definição das unidades de registo, procedeu-se à categorização. Para BARDIN (1977, p. 117) a categorização «é uma operação de classificação de elementos constitutivos, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.». A construção do sistema de categorias foi misto uma vez que, umas categorias foram decididas à priori e outras à posteriori (BARDIN, 1977). Assim, foi elaborada uma grelha de análise com os temas, categorias e unidades de registo (ANEXO XII).

1.3.2 Apresentação, análise e discussão de resultados

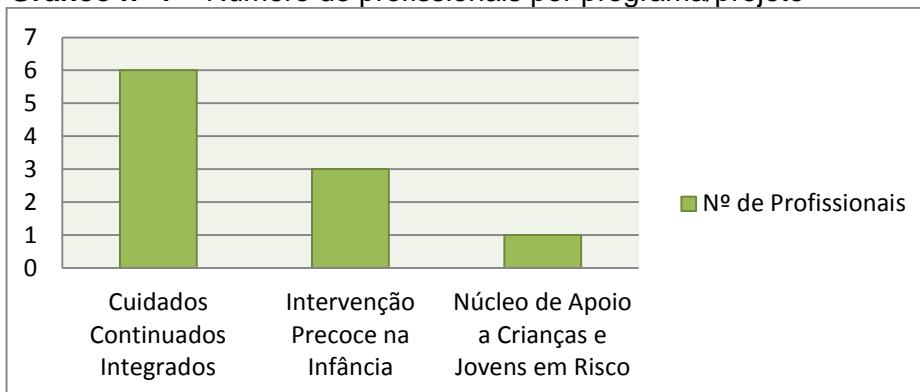
Os resultados emergiram da análise de conteúdo efetuada a partir do questionário aplicado aos profissionais da UCC que assumem, na sua prática, o papel de gestores de caso. A análise desenvolveu-se segundo três temas nomeadamente, o **Conceito de Gestão de Caso**, os **Procedimentos adotados** e as **Dificuldades sentidas**.

- **Caracterização dos participantes**

De acordo com o gráfico nº 1, dos seis profissionais que responderam ao questionário todos assumem o papel de gestor de caso ao nível dos Cuidados Continuados

Integrados, três ao nível da Intervenção Precoce na Infância e um ao nível do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

Gráfico nº 1 – Número de profissionais por programa/projeto



- **Conceito de Gestão de Caso**

Da análise dos dados obtidos sobre o **Conceito de Gestão de Caso** surgiram duas categorias: os **Requisitos** e os **Papéis** (Quadro nº 9).

Quadro nº 9 – Conceito de Gestão de Caso – Categorias

TEMA	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Gestão de Caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Requisitos • Papéis

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (COSTA e MELO, 2006, p. 1455) requisito é uma « condição necessária para a consecução de um certo fim». Constatou-se que foram evidenciados pelos dados, todos os requisitos necessários para a gestão de caso defendidos por GONZALES et al. (2003). Os mesmos surgiram com as seguintes unidades de registo:

- Avaliação pormenorizada das necessidades

“(…) ir ao encontro das necessidades do utente.” (Q 2)

“Ter em conta a totalidade do ser, deste individuo bem como o meio onde se insere, família e sociedade.” (Q 3)

- Habilidade para encaminhar para os recursos apropriados de acordo com necessidades

“(…), fazendo a articulação com os outros profissionais ou entidades envolvidos no plano de intervenção, (…)” (Q 3)

“(…) articular com outros recursos da comunidade, (…)” (Q 3)

- Poder para assegurar os serviços apropriados

“(…)aquele profissional, que se torna responsável por todos os dados e prestações de cuidados a determinado individuo.” (Q 1)

- Capacidade para monitorizar os serviços que estão a ser utilizados

“(…) evitando sobreposições de intervenções ou mesmo intervenções com objetivos contrários.” (Q 3)

Por sua vez, todas estas unidades de registos são congruentes com os conceitos de gestão de caso definidos na literatura.

A gestão de caso é «(…) um processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação de serviços, encaminhamentos, e monitorização que vai ao encontro das múltiplas necessidades de serviços dos utentes.» (SECORD, 1987 in STANHOPE e LANCASTER, 1999, p.390).

A gestão de caso «(…) é uma das tecnologias para microgestão das actividades clínicas na perspectiva dos sistemas integrados de saúde…»conjunto de passos lógicos e um processo de interação com rede de serviços que assegura aos pacientes os serviços necessários, de uma maneira eficiente, com apoio e uma boa relação custo-benefício.» (GONZALES et al., 2003, p. 3).

Relativamente aos **Papéis**, aquele que mais se salientou foi o de orientador, a que os autores CARY (1998), LLEWELLYN e MOREO (2001) in STANHOPE e LANCASTER (2011) designam por **monitor de padronização**. **O gestor de caso, ao assumir este papel, e segundo os autores supracitados**, expressa e monitoriza as principais orientações específicas, bem como a sua sequência no tempo e no plano de cuidados. As unidades de registo que fundamentam este papel são:

“(…)deve promover orientação, (…)” (Q 2)

“Orientação de todo o processo relativo ao doente/cliente desde o primeiro contacto.” (Q4)

“(...) têm o papel de orientar no sentido de fornecer/atribuir estratégias educativas, (...)”(Q 2)

“(...) orientar os cuidadores e envolver os profissionais, (...)”(Q 2)

Também é evidente o papel de defensor, concedendo informação e dando apoio (CARY, 1998, LLEWELLYN; MOREO, 2001 in STANHOPE e LANCASTER, 2011), como refletem as seguintes unidades de registo:

“Permite que haja "um rosto" de proximidade para a pessoa ou família que recebe os cuidados, sendo o gestor de caso.” (Q 3)

“(...) o acompanhamento de algumas famílias que pelo facto de sentirem que eu era o elemento de proximidade (...)”(Q 3)

“O contacto que fica para a vida com as famílias e clientes (...)”(Q 6)

“Promover junto da família/cliente contactos de acompanhamento mesmo quando tudo corre ok.”(Q 4)

“Informação da pessoa ou família acompanhada de qual é o papel do gestor de caso.” (Q 3)

O papel de coordenador, combinando, regulando e coordenando os serviços de saúde necessários (CARY, 1998, LLEWELLYN e MOREO, 2001 in STANHOPE e LANCASTER, 2011), é visível na subsequente unidade de registo:

“Concentrar a responsabilidade/coordenação sobre um determinado caso, num profissional.”(Q5)

Desta forma, surge também o papel de oficial de ligação. Este proporciona um laço de comunicação formal entre todas as partes intervenientes, observando-se, nas unidades de registo o seguinte:

“(...) facilita a articulação entre o utente/cuidadores e os profissionais que intervêm com o utente, (...)”(Q 2)

“(...) a articulação entre utente, família, cuidadores formais e informais, e outras unidades de saúde onde o utente é cuidado, (...)” (Q5)

“(...) ser elo de ligação entre todos os intervenientes, profissionais e não profissionais; (...)” (Q5)

- **Procedimentos adotados**

Da análise dos dados obtidos sobre os **Procedimentos adotados** surgiram várias categorias, conforme se ilustra no Quadro nº 10.

Quadro nº 10 – Procedimentos adotados – Categorias

TEMA	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos adotados 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do gestor de caso • Relação • Obtenção de consentimento • Plano de intervenção • Trabalho de equipa • Reuniões • Registos /Informação

A **definição de gestor de caso** surge como um dos procedimentos a adotar, ficando delineado quem é o profissional que fica responsável por dar início e acompanhamento ao processo, sendo importante que este seja reconhecido na equipa, expressado através de:

“Definição do gestor de caso e este ser reconhecido por todos os profissionais envolvidos.” (Q 3)

Neste âmbito, torna-se importante ressaltar que uma das visões para 2016, definidas pelo PNS 2012-2016, é que «o cidadão confia no gestor de caso (...)» (ACS, 2012, p. 17), o que pressupõe que a pessoa saiba quem é o seu gestor. O mesmo documento, apesar de não especificar como se processará esta gestão, refere que

« (...) os profissionais de saúde consideram o contexto e histórico do doente, adaptando e orientando o seu percurso nos cuidados de saúde de forma célere e efectiva, estando explícita e empoderada a responsabilidade de gestor de caso. Os prestadores de cuidados comunicam entre si e partilham informação através do processo eletrónico integrado, e outros canais, assegurando uma resposta ótima, personalizada e holística.» (ACS, 2012, p. 17).

Obviamente que, a partir da definição do gestor de caso, se vai iniciar uma relação profissional. Segundo CHALIFOUR (2008, p. 130) «(...) a primeira tarefa a assumir numa relação de ajuda profissional, é estabelecer contacto com o cliente e as-

segurar a qualidade desse contacto ao longo das trocas.» O mesmo autor (2008, p.130) refere ainda que “quanto maior for a competência do interveniente na utilização dos seus modos de contacto, melhores as suas condições para oferecer serviços profissionais de qualidade.”

Nesta linha de pensamento, foi notória a importância dada à **Relação** tendo sido uma das categorias que se destacou, de acordo com as seguintes unidades de registo:

“O primeiro contacto e a forma como a família/utente é abordado” (Q 4)

“Estabelecer uma relação de confiança;” (Q 5)

“(…) o utente e família compreenderem e estarem confiantes nesta aliança, pois todos tiveram a mesma abordagem.” (Q 5)

“A confiança que a família tem em mim e no meu trabalho” (Q 6)

“(…) estabeleceram relação de confiança/terapêutica (…)” (Q 3)

CHALIFOUR (2008) também valoriza a obtenção de confiança na relação com o cliente, para que este aceite e partilhe com o profissional aspetos de si, sem a qual não partilharia.

Outra das categorias salientada foi a **Obtenção de consentimento** conforme a unidade de registo:

“(…) aquisição de consentimento dado pela família para trabalhar com dado utente; (…)” (Q 2)

Na UCC, este é um procedimento comum ao nível dos Cuidados Continuados, da CPCJ e da ELI, havendo impressos específicos para cada programa/projeto. Apesar de ser mencionada a família na unidade de registo, tal só se verifica em caso de se tratar de uma criança/jovem menor de idade ou se a pessoa cuidada não se apresentar em condições de tomar a decisão.

Surgiu também a categoria **Plano de Intervenção**. O plano foi um dos procedimentos muito reconhecido na revisão da literatura e na RSL, sendo defendido por RICE (2004), STANHOPE e LANCASTER (2011) e INGLETON et al. (2011). Segundo MULLER e FLARERY (2003) in STANHOPE e LANCASTER (2011, p. 452) a gestão de caso, enquanto competência, é uma «(...) habilidade para estabelecer um plano apropriado de cuidados baseado na apreciação do cliente/família e coordenando os recursos e os serviços necessários para o benefício do cliente.». São várias as unidades de registo:

“(…) a realização do plano individual de intervenção; (…)” (Q 2)

“Elaboração de planos de intervenção.” (Q 3)

“(…) traçar um plano de intervenção, (…)” (Q 5)

Conhecer a dinâmica familiar é também muito importante para o planeamento de cuidados (RICE, 2004) sendo que a família representa um grupo de pessoas que vivem em conjunto, que fornecem cuidados, apoiam, sustentam e orientam os que deles dependem. .

Paralelamente ao plano de intervenção, está subjacente o **Trabalho em Equipa**, que também foi uma das categorias evidenciadas. Segundo o CRPG (2007, p.3), a gestão de caso «vive do trabalho em equipa.»

“ O gestor de caso, num trabalho de equipa com outros profissionais envolvidos com o utente/família/cuidadores (…)” (Q 2)

(…) discussão de equipa para alcançar objetivos para a família (…)” (Q 6)

O trabalho de equipa é fundamental, tendo que haver cooperação entre todos, nomeadamente, a pessoa cuidada e o prestador de cuidados. Cada elemento tem que saber qual o seu papel, de forma a alcançar a máxima *performance*, não havendo repetição de ações entre os vários profissionais. (RICE, 2004)

A mesma autora (2004) recomenda a existência de uma reunião multidisciplinar mensal, para a discussão de cada caso, para se analisarem os progressos em relação aos resultados esperados. Se um profissional não puder estar presente, o gestor de caso deve enviar um resumo da reunião e saber a opinião desse mesmo profissional. Nesta reunião, deve ser analisado o contributo de cada profissional, propor alterações e identificar problemas (Rice, 2004). Neste contexto, a categoria **Reuniões** foi retratada através das seguintes unidades de registo:

“A realização de reuniões de equipa e com a família, cuidadores, educadores; (…)” (Q 2)

“ Reuniões de discussão de caso.” (Q 3)

“ Promover reuniões periódicas do caso em gestão “ (Q 4)

Na UCC existem reuniões semanais com toda a equipa multidisciplinar. Nestas, são discutidos os casos no entanto, não é uma prática ter em conta o intervalo em que se discute cada processo. Na CPCJ, existem também reuniões semanais e o intervalo também não é tido em conta. Na ELI, existem reuniões quinzenais mas, todos os meses se discutem todos os processos em acompanhamento. Nestas reuniões devem ser analisados os resultados, surgindo a unidade de registo:

“(...) analisar os resultados (...)” (Q 5)

A categoria **Informação/Registos** também foi muito relevante, conforme se observa nas unidades de registo.

“(...) assegurando a atualização dos registos e de toda a informação, (...)” (Q 3)

“ Todos os profissionais envolvidos devem passar toda a informação disponível útil para a intervenção, ao gestor de caso.” (Q 3)

“ A informação dada e a forma como é facultada.” (Q 4)

“ A organização correta da informação em tempo útil em local e forma acessível a todos os restantes elementos da equipa (...)” (Q 4)

“(...) reter toda a informação sobre o caso; (...)” (Q 5)

Segundo RICE (2004), quando os cuidados são prestados em contexto domiciliário, é importante que haja uma pasta de arquivo de informações no domicílio. Neste arquivo deve constar um exemplar do plano de cuidados e outras informações pertinentes.

A mesma autora (2004) defende que o uso de telemóveis facilita a eficácia na comunicação e o telefone surgiu na seguinte unidade de registo:

“(...) muitas vezes realizada apenas pelo telefone.” (Q 5)

A UCC tem dois telemóveis disponíveis: um foi atribuído pela ACES à coordenadora e o outro foi conseguido pela equipa de Cuidados Continuados para se estar contactável quando a equipa está na comunidade. Este último não tem atribuído um *plafond* pelo que a equipa só pode ser contactada, não podendo, portanto, contactar. Desde sempre que a equipa defende a importância de existirem computadores portáteis para tornar mais célere a realização dos registos no entanto, nunca foram disponibilizados.

- **Dificuldades sentidas**

No tema **Dificuldades sentidas**, surgiram as categorias mencionadas no Quadro nº 11.

Quadro nº 11 – Dificuldades sentidas – Categorias

TEMA	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none">Dificuldades sentidas	<ul style="list-style-type: none">Dinâmica/organizaçãoRegistosFamília

A categoria que mais se evidenciou foi ao nível da Dinâmica/organização e são muitas as unidades de registo que a retratam:

“Falta de sensibilização de alguns elementos da equipa para esta metodologia de trabalho.” (Q 3)

“A Uniformização dos procedimentos em equipa.” (Q 4)

“Nem sempre é o mesmo profissional, a abordar o individuo.” (Q 1)

“Nem sempre todos os elementos da equipa estão motivados para trabalhar com dada situação e o gestor sente-se mais isolado no seio na equipa; (...)” (Q 2)

“(...) o desconhecimento sobre o trabalho realizado noutras áreas profissionais que intervém com o utente; (...)” (Q 2)

“(...) nem sempre se consegue uma boa articulação com outros profissionais, os quais não estão dispostos a trabalhar para o UTENTE, num sentido de trabalho em equipa e entreajuda, apesar do profissional tentar aproximar-se e esforçar-se por dar feedback.” (Q 2)

“(...)preferem trabalhar de forma mais isolada (...)” (Q 2)

“(...) alguns apresentam características de personalidade que dificultam a partilha de informação(...)” (Q 2)

“(...) falta de feedback.” (Q 2)

“(...) o acompanhamento de todo o processo(processo dispendioso e moroso em termos de tempo e desgaste psicológico)” (Q 4)

“Sistema de valores diferentes nas equipas e junto das famílias levando a que existam decisões muito difíceis” (Q 4)

“O tempo disponível.” (Q 5)

“Limitação de tempo.” (Q 6)

Foram também mencionadas dificuldades na categoria **Registos** com as unidades de registo:

“Suporte de registo que facilite a elaboração de plano de intervenção conjunto ao nível dos Cuidados Continuados.” (Q 3)

“O tempo necessário para os registos, (...)” (Q 4)

E ainda na categoria Família com a seguinte unidade de registo:

“A dependência que existe das famílias em relação ao gestor de caso.” (Q 2)

Conforme se pode perceber, a equipa da UCC tem um conceito construído acerca da metodologia de gestão de caso e reconhece papéis que o gestor de caso deve assumir na sua prática clínica. Porém, identifica dificuldades no que respeita à operacionalização da gestão de caso, o que confirma a necessidade da existência do projecto actual e de continuar a investir no tema no seio da equipa. Os resultados demonstram os pontos fortes e fraquezas da equipa, o que traduzem que uma das atividades previstas no projeto não está passível de ser concretizada ou seja, a criação de uma norma de procedimentos. A intervenção tem de ser mais gradual, criando-se estratégias que motivem a equipa e a façam reconhecer que sem trabalho de equipa não existe gestão de caso. É essencial que todos os profissionais reconheçam a importância dos vários intervenientes e se respeitem entre si.

Em todos os artigos analisados através da RSL foi evidente que os programas têm na retaguarda a essência do trabalho em equipa em contexto multidisciplinar (FERNANDES et al., 2010; INGLETON et al., 2011; LATTIMER, 2012)

No quadro nº 12 encontra-se uma síntese sobre as categorias e sub categorias emergentes da análise de conteúdo efectuada.

Quadro nº 12 – Quadro síntese dos temas e categorias emergentes da análise de conteúdo efectuada.

TEMA	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none">• Conceito de Gestão de Caso	<ul style="list-style-type: none">• Requisitos• Papéis
<ul style="list-style-type: none">• Procedimentos adotados	<ul style="list-style-type: none">• Definição do gestor de caso• Relação• Obtenção de consentimento• Plano de intervenção• Trabalho de equipa• Reuniões• Registos /Informação
<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades sentidas	<ul style="list-style-type: none">• Dinâmica/organização• Registos• Família

1.4- REFLEXÃO EM GRUPO – EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA UCC

No dia treze de novembro de 2012 foi desenvolvida uma sessão dirigida à equipa multidisciplinar da UCC, com o objetivo geral de promover a primeira reflexão sobre “Gestão de caso” na equipa. Este momento foi desenvolvido na reunião semanal da equipa, de forma a promover a interação entre o grupo.

Foram traçados como objetivos específicos para a equipa:

- Reconhecer o trabalho de equipa como fundamental para a realização da gestão de caso;
- Identificar procedimentos a adotar pela equipa da UCC para início da uniformização.

Inicialmente, foi delineado no projeto a sessão relacionar a análise de conteúdo realizada com os resultados obtidos na RSL. Porém, foi desenvolvido um planeamento da sessão (ANEXO XIII) diferente, por se considerar que a equipa poderia ficar ainda mais desmotivada, pelas dificuldades sentidas. É importante salientar que a equipa é reduzida e podia haver a tentação de tentar descobrir quem referiu e a quem se referiam nas unidades de registo descritas. Estes dados são relevantes e deverão ser discutidos posteriormente, quando a gestão de caso estiver mais sistematizada. Uma estratégia interessante que poderá ser implementada no futuro, é avaliar novamente as dificuldades sentidas e comparar ambos os resultados obtidos.

Assim, foi delineado que na sessão seriam abordados os resultados obtidos na revisão da literatura e da RSL, com o apoio de uma apresentação em power-point (ANEXO XIV). Tendo em conta que a preletora tinha conhecimento das dificuldades sentidas, estas foram sendo focadas ao longo da apresentação. Os procedimentos e evidências dos artigos foram discutidos e a equipa analisou as que seriam prioritárias, de forma a serem implementadas na prática da UCC.

Como já referido anteriormente, esta foi a primeira reflexão em grupo sobre o tema “Gestão de Caso” e a receptividade por parte do grupo foi muito satisfatória ao longo da apresentação, tendo sido demonstrado muito interesse com os resultados obtidos com a RSL. A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário (ANEXO XV) com escalas de *Likert*, tendo sido bastante positiva.

A principal constatação foi que a uniformização de procedimentos tem de ser gradual e que, é importante ter em consideração aspetos específicos de cada programa inserido na UCC.

As principais decisões tomadas foram as seguintes:

- A atribuição do gestor de caso será realizada na reunião posterior à referência. Um dos critérios a ter em conta, sempre que possível, será o de escolher o gestor de acordo com as áreas de especialização e de competências. Por exemplo, se se tratar de cuidados a uma pessoa em fase final de vida, será escolhido o profissional com competências mais desenvolvidas nessa área;
- Criação de uma pasta com documentos que se considerem importantes para apoiar a prática da gestão de caso;
- Elaboração de um documento em forma de grelha com lista nominal das pessoas para que cada elemento possa registar alertas como por exemplo, data da última discussão do plano de cuidados.
- Discussão mensal do processo de cuidados, comparando os resultados alcançados com os delineados;
- Existência de uma pasta com documentos no domicílio, incluindo o plano de cuidados.

2 – REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS DO PROJETO E AS SUAS IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Nesta fase do relatório torna-se imprescindível realizar um balanço de todos os resultados obtidos e o seu impacto quer para o desempenho das UCC quer para Enfermagem enquanto disciplina. Por sua vez, também é importante analisar a mais-valia da especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Pelo facto de a UCC ser composta por uma equipa multidisciplinar, considerou-se importante não utilizar palavras-chave relacionadas com o termo enfermagem na RSL no entanto, foi como muito agrado que se verificou que os artigos relacionam a gestão de caso com a profissão de enfermagem e que a mesma corrobora com a bibliografia consultada. Desta forma, leva a presumir que a gestão de caso pode contribuir para a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e que é importante construir indicadores que demonstrem quais os resultados obtidos, quando prestados por um profissional de enfermagem.

BASTO (2009, p.12) desenvolveu a seguinte questão «Que resultados se podem esperar na saúde do cliente, relacionáveis com os cuidados de enfermagem?» A mesma autora considerou que esta questão é prioritária a nível internacional e que também o deveria ser em Portugal na medida em que, é indispensável demonstrar que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população.

Assim, a maior contribuição de todo o trabalho desenvolvido foi, sem dúvida, demonstrar que a gestão de caso pode dar visibilidade a áreas de atuação de Enfermagem, ampliando horizontes para a prática com evidência e, assim, contribuir para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, conforme o previsto pelo PNS 2012-2016.

STANHOPE e LANCASTER (1999; 2011) descrevem a complementaridade dos componentes nucleares de processo de gestão de caso e do processo de enfermagem. Nesta linha de pensamento, torna-se imperioso fazer alusão que o processo de cuidados é um processo de interação onde o centro de interesse é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla (AMENDOEIRA, 2000). Como é

óbvio, a gestão de caso pressupõe esta mesma centralidade e a existência de um processo de cuidados, na medida em que é “...um processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação de serviços, encaminhamentos, e monitorização que vai ao encontro das múltiplas necessidades de serviços dos utentes” (SECORD, 1987 in STANHOPE e LANCASTER, 1999, p.390). GONZALES et al. (2003, p. 3) referem que a gestão de caso é um «(...) conjunto de passos lógicos e um processo de interação com rede de serviços que assegura aos pacientes os serviços necessários, de uma maneira eficiente, com apoio e uma boa relação custo-benefício».

Por sua vez, de entre o leque de especializações em enfermagem também é importante analisar a especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para o sucesso da gestão de caso. GONZALES et al. (2003) referem que são necessários os seguintes requisitos:

- Avaliação pormenorizada das necessidades;
- Habilidade para encaminhar para os recursos apropriados, de acordo com as necessidades;
- Poder para assegurar os serviços apropriados;
- Capacidade para monitorizar os serviços que estão a ser utilizados.

Paralelamente, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2010, p.1), o enfermeiro especialista em Enfermagem e de Saúde Pública

« (...) intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas (...). Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica a assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (...).».

Assim, todos os requisitos necessários na gestão de caso são competências bem desenvolvidas pelos enfermeiros de saúde comunitária, e será este um profissional capacitado para desenvolver esta metodologia de forma eficiente.

Relativamente ao impacto na prestação de cuidados prestados pela UCC, confirma-se que a implementação da gestão de caso de uma forma sistematizada e organizada poderá ser uma mais-valia e uma forma eficiente de prestar e gerir cuidados, conforme a autora tenta demonstrar na figura nº 5, em virtude de:

- Promover a centralidade da pessoa;
- Promover a existência de um processo de cuidados;

- Promover a responsabilidade de toda a coordenação num profissional que aciona todos os recursos necessários, de acordo com as necessidades identificadas.

Nesta mesma figura é apresentada a complementaridade com a comunidade e restantes unidades de saúde que, em situação de vulnerabilidade, fazem a referência para a UCC. Por sua vez, a UCC avalia e se considerar que existe critério acionará o acompanhamento de forma célere e efectiva através de um processo de gestão de caso.

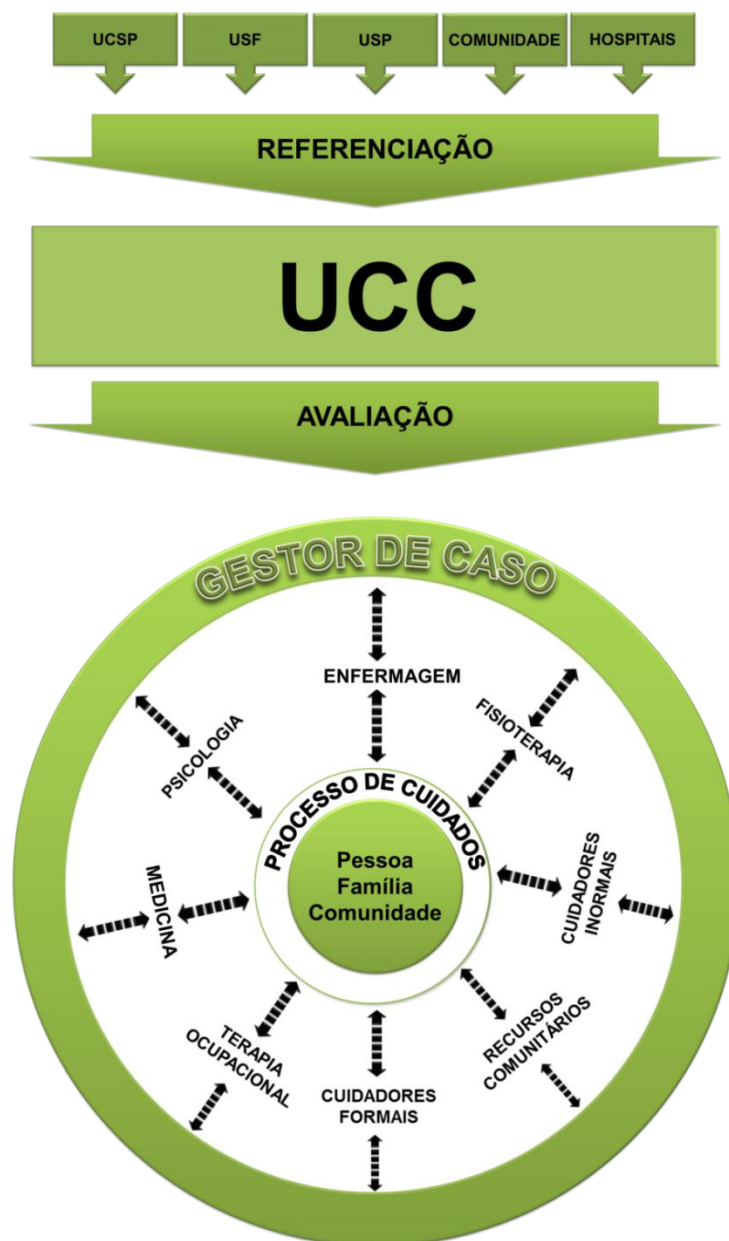


Figura nº 5 – Diagrama da relação entre UCC, gestão de caso, processo de cuidados e pessoa segundo a autora

Torna-se assim evidente que a gestão de caso enquanto estratégia a ser integrada de uma forma sistematizada nas UCC, poderá promover a obtenção e reconhecimento de ganhos em saúde e, por sua vez, ser uma oportunidade fulcral para evidenciar na prática resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Segundo o PNS 2012-2016 os Ganhos em Saúde «são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde (...).» (ACS, 2012, p. 2). Por sua vez,

« (...) expressam a melhoria dos resultados (Nutbeam , 1998) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (MS, 2000).» (ACS, 2012, p. 2)

Este mesmo documento também menciona que «o acesso aos serviços de saúde é entendido, socialmente, como um fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde.» (ACS, 2012, 19)

No que concerne à análise do conceito de gestão de caso, dos procedimentos adotados e das dificuldades sentidas pela equipa da UCC, esta demonstrou que a equipa evidencia todos os requisitos necessários para a realização de gestão de caso defendidos por GONZALES et al. (2003). Paralelamente, sobressaíram os papéis que são mais valorizados como o de orientador, o de coordenador, o de elo de ligação e o de defensor defendidos por STANHOPE e LANCASTER (2011). Na reflexão em grupo sobressaiu a necessidade da equipa desenvolver um dos papéis também citado pelas autoras referidas anteriormente, o de investigador. A equipa considerou que este papel seria fundamental para avaliar o impacto desta metodologia em ganhos em saúde, e para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Quer os ganhos em saúde quer a qualidade são objetivos a alcançar com a gestão de caso. Constatou-se a necessidade de continuar promover a formação contínua no tema e respetiva reflexão em grupo, com todos os profissionais.

Por sua vez, foram referidas dificuldades que devem ser alvo de intervenção, sendo que, a que mais se salientou, foi ao nível do trabalho de equipa e que sem ele gestão de caso não existe (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007). É importante que a equipa considere o trabalho de equipa como imprescindível e que cada profissional compreenda o seu papel e o de todos os restantes profissionais, no processo de cuidados. O facto de se ter assumido em equipa que o processo de cuidados deverá ser discutido mensalmente, irá também proporcionar que se reflita em

equipa os vários papéis de cada profissional no seio da mesma equipa. A discussão mensal de cada processo de cuidados é defendida por RICE (2004).

Através da RSL constatou-se que, na retaguarda da gestão de caso, estão sempre presentes programas /projetos consistentes, organizados e específicos para os objetivos para que foram criados. É importante que o gestor de caso saiba exatamente, de forma clara e concisa, a sua área de atuação e os objetivos previstos. Nos três artigos analisados da RSL são mencionados sempre programas e projetos específicos, com caracterização da população alvo e os respetivos objetivos de cada um.

Os três artigos também relacionam maioritariamente a gestão de caso inserida em **equipas multidisciplinares** e, paralelamente, junto de pessoas em situação de vulnerabilidade, o que vem a confirmar que esta metodologia está totalmente contextualizada para a **missão das UCC** no Sistema Nacional de Saúde, que intervém junto da pessoas em situação de risco e vulnerabilidade. No entanto, foi possível constatar que não é possível criar uma norma única, mas analisar e implementar a gestão de caso de acordo com a especificidade de cada situação de vulnerabilidade nos programas/projetos específicos.

O projeto contribuiu não para a erradicação do problema mas para a minimização e demonstrou que a UCC deve continuar a investir no tema “**Gestão de caso**”.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido durante a realização deste trabalho foi gratificante e constituiu um grande desafio, tendo em conta a inexperiência no que concerne à utilização da metodologia de trabalho de projeto. Esta metodologia centra-se na resolução de problemas, introduzindo uma dinâmica integradora entre a teoria e a prática (LEITE et al., 2001), o que se torna fundamental para melhorar o desempenho e adequar os cuidados de saúde às necessidades das populações.

Este trabalho representou um momento de aprendizagem extremamente enriquecedor e proporcionou um crescimento notável enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. Simultaneamente reforçou a potencialidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem Comunitária, enquanto detentores de competências para aumentar os ganhos em saúde em Portugal, inseridos na comunidade de enfermagem, junto dos restantes profissionais de saúde e setores interligados ao da saúde.

Os objetivos propostos foram alcançados na totalidade apesar da não concretização da actividade, criação de uma norma.

A maior conclusão é que a gestão de caso é uma mais-valia para as UCC, em virtude de esta unidade de saúde ter como população alvo a pessoa/família/comunidade em situação de vulnerabilidade e esta metodologia apresentar ganhos em saúde junto de populações vulneráveis e promover a qualidade aos cuidados de saúde. Por sua vez, a gestão de caso pode contribuir para a reconhecimento de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Assim, a autora considera que a gestão de caso deverá ser alvo de contínua investigação nomeadamente, com investigação-ação e tem a intenção de desenvolver estudos nesta área, contribuindo para a construção de indicadores que demonstrem os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O envelhecimento global da população constitui um dos desafios que o mundo terá de enfrentar no século XXI, e é também, potencialmente, uma grande oportunidade de desenvolvimento de novas práticas de cuidados de saúde, onde o Planeamento em Saúde terá um papel crucial para este desenvolvimento. Assim, o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, verificadas em Portugal, determinam novas necessidades em saúde, para as quais urge desenvolver estratégias adequadas, uma vez que surgem, frequentemente, situ-

ações de vulnerabilidade, mas muitas vezes susceptíveis de prevenção, tratamento e recuperação e, sempre com possibilidade de manutenção de dignidade e qualidade de vida.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO. (2012). **SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância** Lisboa. [Consult. 2012-03-30]. Disponível em

<http://www.arslvt.min-saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/Apresentacao%20SNIPi%20-%20Reqi%C3%A3o%20de%20Lisboa%20e%20Vale%20do%20Tejo.pdf>

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 3.2. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde Lisboa. [Consult. 2012-09-24]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2012). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – **Estratégia para a Saúde. Enquadramento (Versão Discussão)**. Lisboa. [Consult. 2012-02-11]. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/02/Enq_16-03-2011.pdf

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde -Obter Ganhos em Saúde Lisboa. [Consult. 2012-09-24]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>

AMENDOEIRA, José. **Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem**. (2000), Nursing, Julho / Agosto

BARDIN, Laurence. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70.

BASTO, M. L. – **Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina Proposta de um percurso***. Revista Pensar Enfermagem. [Em linha]. Vol.13 N° 2 (2009) [Consult. 2012-10-31]. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)

CHALIFOUR, Jacques. (2008). **A intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanísticos da relação de ajuda**. Loures, Lusodidacta.

COMISSÃO NACIONAL CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO. (2012). Direito das Crianças Lisboa. [Consult. 2012-03-30]. Disponível em <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?07#topo>

CRUZ, D.; PIMENTA, C. – **Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico**. Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho 13(3) 415-22 [Em linha]. (2005) [Consult. 2012-09-21]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>

DECRETO-LEI Nº 101/2006. “DR I SERIE”.109 (2006-06-06) 3856-3865

DESPACHO N.º 10142/2009. “D.R. II Série”. 74 (2009-04-16) 15438 – 15440

DIAS, L.; COSTA, C.; SOARES, E.; MOREIRA, A. – **Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado**. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental. [Em linha]. (2004) [Consult. 2012-09-21]. Disponível em <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/14%202004.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2012). Rede de Núcleos da ASCJR. O que são? Lisboa. [Consult. 2012-03-30. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&access=0>

DOMENICO, E. B. L; IDE, C. A. C. - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol.11 Nº1 (2003) [Consult. 2012-09-21]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>

ESCOVAL, A.; LOPES, M. J.; FERREIRA, P. L. (2011). **Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. Relatório Primavera 2011**, ed. 1ª, 1 vol.. Lisboa, Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

FERNANDES, R.; BRAUN, K. L.; OZAWA, J.; COMPTON, M.; GUZMAN, C.; SOMOGYI-ZALUD, E. - **Home-Based Palliative Care Services for Underserved Populations**, Journal of Palliative Medicine [Em linha]. Vol. 13(4) (2010) [Consult. em 2012-10-02]. Disponível em WWW <

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=a19d20a8-86ca-4a01-8eff-2292de0bc5a2%40sessionmgr14>

FORTIN, M. F. (1999). **O processo de investigação: da concepção à realização** (1ª edição). Loures, Lusociência

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. - Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol.12 Nº3 (2004) [Consult. 2011-09-21]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>

GONZALEZ, R; CASARIN, S.; CALIRI, M.; SASSAKI, C.; MONROE, A.; VILLA, T. – **Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidados à saúde**. Revista Latino-Americana. [Em linha]. Nº 2 (2003) [Consult. 2012-01-21]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000200013&script=sci_arttext

INGLETON, C.; CHATWIN, J.; SEYMOUR, J.; PAYNE, S. - **The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project**, Journal of Clinical Nursing [Em linha]. Vol. 20(13-14)(2011) [Consult. em 2012-10-02]. Disponível em WWW <
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=a19d20a8-86ca-4a01-8eff-2292de0bc5a2%40sessionmgr14>

LATTIMER, C. - **Practices to Improve Transitions of Care: A National Perspective**. North Carolina Medical Journal [Em linha]. Vol. 73(11) (2012) [Consult. em 2012-10-02]. Disponível em WWW <
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=a19d20a8-86ca-4a01-8eff-2292de0bc5a2%40sessionmgr14>

LEI N.º 25/2012. “D.R. I Série”. 136 (2012-07-16) 3728 – 3730

LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. (2001). **Trabalho de Projecto – Aprender por projectos centrados em problemas**. Porto, Edições Afrontamento, Lda

MARTINS, José - **Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética**. Revista Pensar Enfermagem. [Em linha]. N.º 2 (2008) [Consult. 2012-09-21]. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

MELEIS, A.I., SAWER, L. M., MESSIA, E.O., SCHUMACKER, K. (2000). **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory**. In Advanced Nursing Science. 23(1): 12-28

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos**. Lisboa. [Consult. 2012-02-21]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) – REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. [Consult. 2012-02-21]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. (1995). **Pesquisa em enfermagem** (3ª edição). Porto Alegre, Artes Médicas

PORTUGAL. Agrupamentos de Centros de Saúde Lezíria I - Ribatejo. Aces Ribatejo – Relatório de Atividades 2011 e retrospectiva 2009-2011. Santarém, 2012. 109 p.

RICE, R. (2004). **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários – Conceitos e Aplicação**. Loures, Lusociência.

SILVA, C.; GOBBI, B.; SIMÃO, A. – **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método.** Organ. rurais agroind., Lavras. [Em linha]. N° 1 (2005) [Consult. 2012-09-21]. Disponível em http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/44035/2/revista_v7_n1_jan-abr_2005_6.pdf

STANHOPE, M.; LENCASTER, J. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população.** 7ª edição. Loures: Lusociência.

STANHOPE, M; LANCASTER, J. (1999). **Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.** 4ª edição. Lisboa, Lusociência.

WALDOW, Vera - **Momento de cuidar: momento de reflexão na acção.** Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. N° 1 (2009) [Consult. 2012-01-21]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000100022&script=sci_arttext

~