

## O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito

Maria do Céu Antunes Martins <sup>1</sup>

Pedro Francisco da Conceição Fernandes <sup>2</sup>

**Resumo:** Os cuidados de saúde primários têm ocupado um lugar de destaque no actual sistema de saúde português. As políticas de saúde orientaram-se para a criação de equipas multidisciplinares responsáveis por um grupo de utentes específico. Daí surgiu a necessidade de implementar estratégias organizacionais dentro dessas equipas que as torne eficientes e eficazes. Nestas circunstâncias, é essencial a existência de um gestor de cuidados nas equipas de saúde, cabendo-lhe a responsabilidade de articular o processo de cuidados. Este texto pretende problematizar o conceito de Gestor de Caso e a sua relação com a prática de enfermagem. No decorrer do mesmo, expõe-se a realidade vigente no Centro de Respostas Integradas – Equipa de Tratamento (CRI – ET) de Castelo Branco, até há pouco tempo designado por Centro de Atendimento a Toxicodependentes.

**Palavras-chave:** Gestor de cuidados, gestão de caso, equipa terapêutica, toxicodependência.

### Nota Introdutória

O Plano Nacional de Saúde considerou, entre as áreas prioritárias de intervenção, as determinantes da saúde. A problemática da toxicodependência é uma delas. A estratégia no âmbito da luta contra a toxicodependência defende uma abordagem pluridisciplinar e integrada dos fenómenos, a qual corresponde à delineada na Declaração Política adoptada na Sessão da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre Droga em Junho de 1998 (IDT, 2005).

O IDT é um instituto público integrado na administração do Estado cujo grande objectivo é promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências. Os Centros de Respostas Integradas são uma das formas de contribuir para a consecução deste grande objectivo. O CRI – ET de Castelo Branco através de acções concretas, procura responder a um grupo específico de utentes que, pela dimensão e complexidade dos seus problemas de saúde (as toxicodependências), necessita de respostas eficazes e especializadas em múltiplas vertentes: prevenção, promoção da saúde, assistência familiar, tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção na sociedade, mediante a implementação de programas de tratamento (; (IDT, 2005; Falcão, 2006). A toxicodependência, exige o desenvolvimento de um projecto terapêutico, assente em medidas articuladas, ou seja, atitudes médico-psicológicas e sociais centradas no utente, mas não só. Este projecto implica também a promoção de modificações no ambiente do utente, isto é, na família, na relação com os amigos, na escola, no trabalho e no lazer, sendo essencial que o indivíduo com toxicodependência faça uma ruptura com o meio da droga (Patrício, 1995). Para conduzir a bom termo este projecto, é fundamental que o conceito de equipa multidisciplinar seja materializado por todos os profissionais de saúde. O trabalho em equipa consiste numa modalidade de trabalho colectivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interacção dos agentes (...) (Peduzzi, 2001). Trabalhar em equipa pressupõe que haja um conjunto de objectivos e actividades comuns, cuja implementação na prática

---

<sup>1</sup> Enfermeira; Especialista em Enfermagem de Saúde Pública; Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Mestre em Sociologia pela Universidade de Évora e actualmente doutoranda em Sociologia na Universidade de Évora.

<sup>2</sup> Aluno finalista do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem ano lectivo 2007-2008.

compreende áreas de trabalho individuais e simultaneamente compartilhadas. Consequentemente, pode advir uma sobreposição de papéis, que não deve gerar conflitos, mas sim promover a participação e colaboração entre os vários profissionais que constituem a equipa. O êxito de qualquer equipa depende da sua capacidade de organizar os meios e recursos necessários à prestação de serviços que vão de encontro às exigências, necessidades e expectativas dos seus utentes (Vicente, 2006). Nesta perspectiva, exige-se uma figura que funcione como pólo unificador de todos os elementos dentro da equipa, assegurando a concretização dos objectivos que orientam a equipa. Essa figura, no presente texto, designa-se de gestor de caso ou gestor de cuidados. A gestão dos cuidados de saúde invoca um pensamento multidimensional que contemple todas as dimensões humanas (física, biológica, social, cultural, psicológica, espiritual e estética), considerando que a complexidade dessas dimensões reside no facto de se tentar conceber a articulação, a identidade, e a diferença entre todas elas. O enfermeiro ocupa um lugar privilegiado para pôr em prática este pensamento. A acção da enfermagem caracteriza-se por ser polivalente, flexível, intra e interdisciplinar e baseada em conhecimentos multidisciplinares.

### **Gestão de caso: o conceito**

Intimamente relacionada com os cuidados de saúde, a gestão de caso inicia-se na década de 40 do século passado, nos Estados Unidos da América. Posteriormente, no período imediatamente a seguir à II Guerra Mundial, a gestão de caso foi adoptada pelas companhias de seguros, de modo a assegurar a coordenação dos serviços prestados aos combatentes com múltiplas e complexas lesões, das quais resultava a necessidade de intervenções multidisciplinares (Gonzales, 2003; CRPG, 2007). Foi em plena década de 70, com as restrições orçamentais então prevalecentes, que a gestão de caso adquiriu uma maior abrangência, contemplando uma gestão eficaz e eficiente da utilização de recursos, para além das necessidades dos utentes (CRPG, 2007). No mesmo período, com as medicinas de grupo e, principalmente, com as Organizações de Manutenção da Saúde, a gestão de caso conhece o seu apogeu, consolidando-se nos anos 90, com os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde (Gonzales, 2003).

O conceito de gestão de caso é aqui entendido como gestão de cuidados. Na revisão da literatura, ambos descrevem um processo que visa evitar a fragmentação de cuidados disponíveis e conseguir um serviço assente numa equipa de saúde que se responsabiliza pela vigilância do utente durante todo o processo clínico. Desta forma, obtém-se um serviço direccionado e coerente no cuidado de utentes. Relativamente à utilização de cada um dos conceitos, salienta-se que os autores desta reflexão preferem a segunda expressão por estar mais relacionada com a saúde e intimamente ligada à enfermagem. Além disso, o primeiro conceito, ao incluir a palavra “caso”, pode revestir-se de alguma subjectividade, embora no contexto em que aqui surge, não levante dúvidas quanto ao seu significado (acontecimento, ocorrência, facto, situação).

A gestão de caso está direccionada para pessoas com doença prolongada, sujeitas a tratamentos específicos e com necessidades emergentes. Adequa-se particularmente a pessoas utilizadoras de drogas, pessoas com doenças mentais crónicas, utentes com SIDA, entre outros (Gonzales, 2003). A gestão de caso é um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder em momento oportuno,

com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados. Na sequência deste conceito, o gestor de caso afigura-se como um elemento primordial na tomada de decisões. Todavia alerta-se para o facto de todas as decisões pressuporem o envolvimento da pessoa em causa, e, simultaneamente, uma interacção com a família ao longo de todo o processo terapêutico, bem como o envolvimento de outros membros da equipa.

A literatura observa que a gestão de caso pode ser desempenhada por qualquer membro da equipa, desde que demonstre capacidades técnico-científicas e relacionais. O importante é que se adeque o profissional à problemática que predomina em cada situação. A selecção do gestor de caso é acordada na respectiva equipa multidisciplinar, em função das necessidades identificadas e do acompanhamento mais adequado à situação em causa, escolhendo-se entre os profissionais de todas as áreas envolvidas, aquele que pela sua especificidade, proporcione um maior número de vantagens ao utente. É também decidida entre a equipa, a manutenção ou não do técnico de saúde indicado para a gestão de cuidados desse utente.

Um gestor de caso deve constituir um líder afectivo, que além da gestão dos cuidados tem que assumir-se como moderador das dinâmicas de grupos (intra e inter-grupais). Embora o gestor de caso seja a pedra basilar de uma equipa terapêutica, nem todas as actividades devem recair sobre o mesmo. Este profissional deve assegurar-se de que todos os procedimentos necessários são efectuados de forma correcta e adequada.

O processo da gestão de cuidados, assente na figura do gestor de caso, passa essencialmente pelo estabelecimento de prioridades e execução de cuidados de uma forma objectiva e sistematizada. Em última instância, mas de primordial importância, o gestor de caso deverá cooperar para o desenvolvimento e melhoria da eficácia das políticas de saúde, com mais e melhores resultados.

Vários autores destacam algumas vantagens caracterizadoras deste modelo assistencial, como por exemplo, a garantia da totalidade, continuidade e integralidade dos cuidados, contribuindo deste modo para a redução da fragmentação dos mesmos. Além disso, a promoção do auto-cuidado, a diminuição do tempo de permanência nos serviços de saúde, a promoção de uma resposta concordante com as necessidades emergentes, a melhoria da assistência prestada ao utente (tendo como fundo valores flexíveis, inovadores e humanos), a melhoria da qualidade de vida e o aumento da satisfação do utente e profissionais de saúde envolvidos, constituem vantagens deste modelo organizacional do trabalho em equipa. Tendo em conta os princípios e as características deste modelo, compreende-se a sua aplicação ao Centro de Respostas Integradas de Castelo Branco. A missão e os princípios orientadores do IDT apontam para que, nos contextos terapêuticos se adopte a figura de Gestor de Cuidados de Saúde, assumindo este, o papel de *pivot* na monitorização regular e sistemática dos utentes.

## **A aplicabilidade do modelo no CRI-ET de Castelo Branco e a Enfermagem**

Os princípios conceptuais atrás expostos, não deixam dúvidas que a gestão de caso é implementada com o intuito de promover uma rede completa e integrada de serviços, destinada a um grupo de beneficiários pré-definido, que neste contexto, contempla necessariamente o indivíduo com toxicoddependência, e a sua família e/ou outras pessoas significativas. Esta estratégia parece assegurar de forma eficiente a resolução de muitos problemas enlaçados à vida destes utentes e evitar a fragmentação do indivíduo por um grande número de profissionais que lhe presta apoio.

A pessoa com toxicod dependência constitui um dos múltiplos agentes que é a droga, afigurando-se como um dos elementos mais frágeis, pelo que deve ser ajudada a encontrar a liberdade perdida (Patrício, 1995). Daqui emerge a necessidade de se implementarem estratégias definidas conjuntamente com o utente, contando para tal com o esforço de uma equipa multidisciplinar liderada por um gestor de cuidados. É importante frisar que se está perante um problema que nasce, cresce e se desenvolve no seio da sociedade, e que esta em vez de estender a mão, na maior parte das vezes estigmatiza o consumidor de drogas. Um estigma que tende a perdurar ao longo do tempo, mesmo após o tratamento e reinserção social (Patrício, 1995). O rótulo de que o consumidor de drogas tem sido vítima, coloca-o à margem do próprio mundo e priva-o de conviver com a sociedade, da qual faz parte e onde deveria ser incluído. É certo que não podemos negar o passado das pessoas, porém há que encarar o presente e o futuro destes utentes, dando-lhes a oportunidade de poderem triunfar na vida. O gestor de cuidados deverá assumir incondicionalmente, e sempre esta posição, encarando o utente de forma positiva e útil à sociedade. O erro é inerente à condição humana. Na reabilitação da pessoa com toxicod dependência, é fundamental que esta assuma os seus fracassos, o que por si só, constitui um grande passo para o sucesso do programa terapêutico. Todavia, sabendo que as recaídas ocorrem com relativa frequência, a equipa representada pelo gestor de cuidados deverá ter capacidade de as compreender, adoptando uma atitude de inter-ajuda. Embora nem todos os problemas sejam do domínio técnico-científico do gestor de cuidados, este não pode ficar indiferente a eles. Pelo contrário, deve reunir todos os esforços no sentido de que esses problemas sejam solucionados pelos profissionais mais habilitados nessa matéria.

No âmbito da prestação de cuidados, independentemente da sua categoria profissional, o enfermeiro recolhe os dados pertinentes junto do utente, avalia o seu estado, a força da sua rede de suporte e o estado do seu ambiente (Phaneuf, 1999). São identificadas as necessidades, planificados cuidados centrados na avaliação do utente/família e efectuadas as diligências junto dos outros profissionais, com o intuito de conjuntamente solucionarem ou minimizarem um problema, com vista à superação das necessidades identificadas. Facilmente se compreende que as funções do enfermeiro, aqui expressas, estabelecem uma íntima proximidade com as funções de gestor de caso atrás referidas. Por outro lado, na enfermagem destaca-se a forma peculiar de abordar o Homem à luz de conceitos holísticos e de princípios que visam a manutenção e promoção da vida do indivíduo, num expoente máximo de qualidade. Tais funções exigem capacidade do enfermeiro em reconhecer e reagrupar os sinais expressivos do desenvolvimento da vida e do que a entrava; procurar a sua significação à luz das características fundamentais do processo de vida a fim de conhecer e compreender os diferentes factores que podem interferir; identificar a natureza dos problemas colocados e colocar hipóteses de trabalho (Collière, 1989). Também os enfermeiros, e sobretudo os que trabalham com a comunidade, valorizam os contextos dos seus utentes (condições económicas, relações familiares, sociais e profissionais). Este facto ganha ainda mais relevo quando se trata de desenvolver funções com grupos específicos, como é o caso do CRI-ET. Conhecendo melhor a realidade sociocultural, a equipa poderá desenvolver o seu trabalho de uma forma mais personalizada, implementando-se estratégias em conformidade com as particularidades do meio, tirando o máximo proveito do suporte e segurança proveniente dos seus próximos, de modo a possibilitar o restabelecimento do indivíduo (Phaneuf, 1999). Uma atenção particular, direccionada para as necessidades do utente, reacções ao seu problema e ao tratamento, realizada em momento oportuno por parte do gestor de caso, permite descobrir atempadamente as dificuldades do utente e responder-lhe rapidamente (Phaneuf, 1999). Essa atenção pode evitar recaídas, complicações e abandono/reentrada num determinado programa de tratamento.

Subjacente à gestão de caso está o processo comunicacional e afectivo, como foi salientado na abordagem ao conceito. Também, nos cuidados de enfermagem, e em particular nos cuidados à pessoa com toxicod dependência, a comunicação constitui um instrumento fundamental e é, por excelência, um processo humanizador. Cuidar de um utente com toxicod dependência implica conhecê-lo e procurar entendê-lo. Por isso a relação terapêutica é de crucial importância para o sucesso da terapia (Rosa, 2000). Neste campo, o gestor de cuidados deverá manifestar competências técnico-científicas no domínio da relação terapêutica, bem como na sua capacidade de (inter) actuação e cooperação com a equipa tratamento. São assim de realçar capacidades cognitivas (compreensão, interpretação e avaliação das diferentes situações de saúde/doença) bem como capacidades relacionais e de liderança (empatia e defesa de interesses do utente, assertividade, negociação e gestão de conflitos) e ainda capacidades pedagógicas (orientação, clarificação, ensino e envolvimento).

O modelo de gestão de caso visa procurar cuidados de qualidade no plano científico, organizacional e humano, tal como já foi evidenciado. Emerge a necessidade de elaborar planos de cuidados multidisciplinares e a indispensabilidade de que uma pessoa assegure a sua coordenação. Focalizando-nos no processo de enfermagem como instrumento de planificação de cuidados, o enfermeiro recolhe os dados, planifica, aplica, coordena, supervisiona e avalia as opções e serviços que vão ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos. Assim, o enfermeiro como gestor de cuidados é responsável pela coordenação de uma equipa multidisciplinar que presta assistência a um determinado utente e respectiva família. Através da selecção de cada situação, o enfermeiro gestor identifica quais os utentes que mais necessitam de cuidados através da avaliação do estado físico, das necessidades de apoio psicossocial e espiritual do utente, assim como dos recursos financeiros disponíveis para cada situação (Casarin, 2001). Além disso, o enfermeiro disponibiliza informações para que o utente e a família possam conhecer os recursos disponíveis para satisfazer as suas necessidades e define um plano de actuação adequado a cada situação. No seio de situações problemáticas e multifacetadas é fundamental clarificar opções, (re)definir caminhos e estabelecer prioridades de acção. Num serviço como o CRI-ET a selecção dos problemas mais prioritários e a sua resolução ou minimização dos seus danos através das respostas mais adequadas, bem como a avaliação dos resultados, constituem funções complexas, pelo que exigem uma elevada preparação do profissional que as desempenha. O gestor de caso vem reforçar a prestação de cuidados ao indivíduo de uma forma, holística, contínua e sequencial e promove uma relação afectiva e de proximidade com os utentes. Facilita igualmente o diagnóstico de necessidades e a articulação com os restantes elementos da equipa. O enfermeiro que contacta directamente com a comunidade, e muito particularmente o enfermeiro com a função de gestor de cuidados acresce-lhe a responsabilidade de criar estratégias de acção alternativas, perante as limitações de um sistema de saúde. A metodologia científica que norteia a prática de enfermagem, e os valores e pressupostos teóricos da sua disciplina preparam natural e legitimamente o enfermeiro para o exercício desta função.

Há um aspecto que merece ser clarificado para que não surjam dúvidas quanto à figura do enfermeiro gestor de cuidados, (aqui dissecada), e à do enfermeiro chefe. O conceito analisado (gestor de caso ou gestor de cuidados) não visa sobrepor-se às funções do enfermeiro chefe (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro); deve antes constituir-se como um elo cooperante do sistema de cuidados.

## Considerações Finais

A dependência em relação ao uso de drogas constitui uma barreira à autonomia, que concomitantemente se verifica nos planos familiar, económico, laboral e social. Atendendo à complexidade desta *epidemia social*, o gestor de cuidados assume um papel primordial, pois cabe-lhe, independentemente da sua área de formação, efectuar todas as diligências, com o intuito de dar respostas integradas aos problemas colocados pela pessoa com toxicod dependência e/ou família. Independentemente do profissional que assume este papel, a equipa deve funcionar de uma maneira coesa e eficaz, de modo a resolver da melhor maneira os problemas que surgem diariamente.

Neste artigo intensificou-se a reflexão sobre o conceito de gestão de caso aplicado ao CRI – ET de Castelo Branco. Justificou-se a preferência pela expressão gestão de cuidados em substituição de gestor de caso, apesar de terem sido utilizadas como sinónimos. No Centro de Respostas Integradas de Castelo Branco é adstrito um gestor de caso de acordo com os problemas que predominam em cada situação. Tal como exposto ao longo da presente sistematização, o gestor de caso é o profissional responsável pela avaliação da situação e elaboração de um projecto terapêutico conjuntamente com o utente, articulando-se internamente, durante todo o processo terapêutico com os restantes profissionais que constituem a equipa de tratamento. Pode ser o enfermeiro, o médico, a psicóloga ou a assistente social. O enfermeiro pela sua formação em ciências biológicas, humanas e sociais é um profissional habilitado para exercer a função de gestor de caso. Na verdade ele é, pela inerência das suas funções, um gestor de cuidados.

Como conclusão final, salienta-se como grande vantagem deste modelo organizacional facilitar a aproximação entre o utente/família ao profissional de referência (gestor de cuidados) e promover a humanização das acções e garantir a unidade dos serviços prestados.

## Bibliografia:

- Cary, Ann H. – Gestão de Casos. In Stanhope, Márcia; Lancaster, Jeanette – Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4.ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. Cap.19. p. 389-407.
- Casarin, Santina Nunes Alves [et al.] – *Enfermería y Gerência de Caso*. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol. 9. (2001), p. 88-90 [Consult. 16 Fev. 2008]. Disponível na Internet: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400015&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400015&Ing=en&nrm=iso)>. ISSN 0104-1169.
- 3Collière, Marie-Françoise – Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p. ISBN 972-95420-0-7.
- CRPG (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia); ISCTE (Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa) – Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal: Gestão de Casos. [Em linha]. Gaia: 2007. [Consult. 16 Fev. 2008]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.cprg.pt>>.
- Falcão, Maria Emília – *Toxicod dependência*. Castelo Branco: CAT de Castelo Branco. 2006. 60 p. (Texto não publicado)
- Gonzales, Roxana Isabel Cardozo [et al.] – *Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde*. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. Vol.11. n.º2 (2003), p. 227-231. [Consult. 16 Fev. 2008]. Disponível na Internet: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000200013&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200013&Ing=en&nrm=iso)>. ISSN 0104-1169.
- IDT (Instituto da Droga e da Toxicod dependência) – *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicod dependências 2005-2012* [Em linha]. Lisboa: IDT-IP, 2005. [Consult. 21 Abr. 2009]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.idt.pt/pt/idt/relatoriosplanos/paginas/estrategicosnacionais.aspx>>.
- Laxade, Sylvian; Hale, Claire A. – *Cuidados Geridos 1: uma oportunidade para a enfermagem*. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem – Edição Portuguesa. Lisboa: ISSN 0871-6196. A. 8. n.º 96 (Jan. 1996), p. 25-29.
- Morin, E. – *Ciência com consciência*. Lisboa: Europa América; 1990.
- Patrício, Luís Duarte – *Drogas de Vida, Vidas de Droga*. 1.ª ed. Venda Nova: Bertrand Editora, 1995. 321 p. ISBN 972-25-0892-x.
- Peduzzi, M. – *Equipa multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Revista Saúde Pública [Em linha]. Vol. 35, n.º 1 (Fev. 2001), p. 103-109. [Consult. 18 Abr. 2009]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/> consultado: 18/04/2009>.

- Phaneuf, Margot – *O Acompanhamento Sistemático das Clientelas: Um sistema de prestação de cuidados para o ano 2000*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1999. 43 p.
- Pontes, Manuela – *Gerir cuidados de enfermagem para a garantia da qualidade dos serviços de saúde*. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem - Edição Portuguesa. Lisboa: A. 10. n.º 116 (Nov. 1997), p. 32-34.
- Rosa, Amorim Santos [et al.] – *Toxicodependência: Arte de Cuidar*. Coimbra: Edições FORMASAU - Formação em Saúde Lda., 2000. 143 p. ISBN 972-8485-15-8.
- Seabra, Paulo – *Cuidar num CAT: O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácea*. Rev. Toxicodependências. Lisboa: IDT. ISSN 0874-4890. Vol. 11, n.º 2 (2005), p. 57-64.
- Vicente, Sandra – *Avaliação do grau de satisfação dos utentes do Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Castelo Branco: Programa de Substituição Opiácea com metadona e buprenorfina - 2006*. Rev. Toxicodependências. Lisboa: IDT. ISSN 0874-4890. Vol. 13, N.º 3 (2007), p. 53-60.