

GERENCIAMENTO DE CASOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO PARA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA¹

CASE MANAGEMENT AS A WORKING STRATEGY FOR COMMUNITY PSYCHIATRIC NURSING

GESTIÓN DE CASOS COMO ESTRATEGIA DE TRABAJO PARA LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA COMUNITARIA

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo²
Margarita Antonia Villar Luís³

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde prevê que a porcentagem da morbidade mundial atribuída aos transtornos mentais e de comportamento aumente de 12%, verificada no ano de 1999, para 15% no ano de 2020. As repercussões sociais e econômicas e a perda da produção devido às altas taxas de desemprego entre as pessoas com transtornos mentais e seus cuidadores, são alguns dos custos mais evidentes e mensuráveis dessa projeção, menos evidentes citamos a redução da qualidade de vida e a tensão emocional sofrida pelos pacientes e suas famílias. O gerenciamento de casos constitui uma alternativa para a atenção à saúde mental que se mostrou viável e possível em alguns países e baseia-se no preparo do doente mental enquanto responsável pelo seu cuidado e por mantê-lo na comunidade em contato com o serviço, mas não dependendo dele; desenvolvendo relações entre seus pares sem a necessidade constante de intervenção. Dentre outros desdobramentos do estudo, inclui-se o de oferecer aos enfermeiros psiquiátricos da assistência e do ensino um repertório de possibilidades de trabalho com o doente mental que ampliem sua autonomia, dado que isso também integra as ações do cuidar.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Transtornos Mentais; Saúde Mental; Pessoas Mentalmente Doentes.

ABSTRACT

The World Health Organization forecasts that the global morbidity percentage due to mental and behavioral disorders will rise from 12% in 1999 to 15% in 2020. Social and economic repercussions and production losses as a result of high unemployment rates among persons with mental disorders and their caregivers are some of the most evident and measurable costs of this forecast. Less evident costs include reduced quality of life and the emotional tension suffered by patients and families. Case management is opposed to the traditional psychiatric hospital and appears as a mental health care alternative that has revealed its viability and possibility in some countries and is based on preparing mental patients as responsible for their own care and maintaining them in the community, in contact with the service, but not dependent on it; developing relations with their peers without the constant need for intervention. The general aim of this study was to present an experience report and analysis of case management involving 20 psychiatric patients during a six-month period, identifying the steps and some nursing care indicators with the use of this care strategy and thus evaluating the viability of case management in mental health nursing practice. Further developments of this study include offering psychiatric nurses from practice and teaching a repertoire of possibilities for working with mental patients which expand their autonomy, as this is also part of care actions.

Key words: Psychiatric Nursing; Mental Health; Mental Disorders; Mentally Ill Persons.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud prevé que el porcentaje de morbilidad mundial atribuido a los trastornos mentales y de comportamiento aumente del 12%, en 1999, al 15% en 2020. Los impactos sociales y económicos y la pérdida de producción debida a las altas tasas de desempleo entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores son algunos de los costos más evidentes y mensurables de dicha proyección. Entre los menos evidentes citamos la reducción de la calidad de vida y la tensión emocional de los pacientes y de sus familias. La gestión de casos se contrapone al hospital psiquiátrico tradicional y constituye una alternativa para la atención a la salud mental. Esta alternativa se basa en preparar al enfermo mental para que sea responsable de su cuidado, mantenerlo en la comunidad en contacto con el servicio pero sin estar dependiente, aparte de permitirle desarrollar relaciones entre sus pares sin necesidad constante de intervención. y ya demostró ser factible y posible en algunos países. Entre otros aspectos del estudio se incluye la de ofrecerles a los enfermeros psiquiátricos de la atención y de la enseñanza una serie de posibilidades de trabajo con el enfermo mental que aumenten su autonomía, ya que esto también forma parte de las acciones del cuidar.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica; Trastornos Mentales; Salud Mental; Enfermos Mentales.

¹ Resumo de um capítulo da tese de Doutorado em Psiquiatria da primeira autora na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP).

² Docente do Departamento de Enfermagem das Faculdades Federais Integradas de Diamantina. E-mail: amsreinaldo@hotmail.com

³ Orientadora. Livre Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – EERP/USP.

Endereço para correspondência: Av. Barão de Paraúna, nº 50 D, Bairro Presidente. Diamantina - Minas Gerais. CEP 39100-000.

INTRODUÇÃO

O conceito de gerenciamento de casos (GC) é proveniente do termo qualidade do cuidado, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental. A princípio foi criado como uma estratégia inovadora, que facilitaria a oferta de cuidados de saúde oferecidos à população e que contemplaria a qualidade sem deixar de lado o custo do serviço.⁽¹⁾

O GC surgiu após os movimentos da reforma psiquiátrica e contra a institucionalização, na década de 60, nos Estados Unidos e 80 na Inglaterra, onde os grandes hospitais psiquiátricos estavam sendo fechados e as pessoas que ali estavam internadas passaram a serem atendidas na comunidade. O cuidado planejado para essas pessoas foi organizado com base no seu tempo de internação das mesmas e nas dificuldades de socialização que elas encontravam após a alta.⁽²⁾

Promover a independência daquelas pessoas e cumprir as metas estabelecidas a priori no campo da reabilitação psicossocial, parecia tarefa fácil, entretanto não foi o que se observou, pois havia uma grande desvantagem em relação à adaptação dos pacientes na comunidade dependendo do seu grau de comprometimento.⁽³⁾ Após a reforma psiquiátrica e com a devolução dos pacientes institucionalizados para a comunidade, instalou-se uma crise que além de econômica (visto que quando do retorno do paciente a família, a mesma também recebia os encargos pelo seu cuidado), também era social, pois não bastava devolver o doente mental ao lar, era preciso ajudar as famílias e a comunidade a lidar com eles, sem esquecer que os próprios pacientes também estavam desabilitados para lidarem com suas famílias e comunidade.

Dificuldades foram observadas pelos familiares em relação aos pacientes, tais como: dificuldade de convívio, de se locomover na cidade, dependência familiar e da instituição, dificuldade para usar o transporte público, fazer compras, cozinhar, comer, usar a medicação e se inserir em alguma atividade laborativa. Foi necessária a criação de uma estratégia para o atendimento a essas pessoas que implementasse um cuidado mais próximo, sistematizado e que trabalhasse com uma visão mais compreensiva, onde existissem pessoas qualificadas para o manejo das situações que se apresentassem.⁽³⁾

GERENCIAMENTO DE CASOS: OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E IMPLICAÇÕES

Proporcionar qualidade de cuidados em um ambiente financeiramente restrito tem sido o primeiro desafio frente aos cuidados de saúde em todo o mundo. O GC surgiu como um caminho para facilitar essa questão, sem deixar de lado a estreita relação entre qualidade/custo/benefício do cuidado, em diferentes locais de assistência, tais como o hospital e a comunidade. A outra questão é que, se os programas de gerenciamento de casos estão avançando e, existe a necessidade de esforços mais coordenados nas pesquisas, não somente sob a expectativa dos resultados, mas também na estrutura e processo dos programas, tal que os dados obtidos possam ser comparados e aperfeiçoados.⁽¹⁾

Os trabalhos realizados sobre o tema, consideraram o aspecto psicossocial da re inserção dos pacientes psiquiátricos na comunidade. Os autores verificaram, que a redução no tempo de internação com o gerenciamento de casos era possível e, se configurava como uma alternativa para substituir o tratamento hospitalar. A idéia básica é que ele deveria combinar e coordenar diferentes serviços para pacientes psiquiátricos vivendo na comunidade, promovendo um acompanhamento dessas pessoas e viabilizando seu melhor funcionamento 'prático' na comunidade.⁽⁴⁾ Alguns autores defendem ainda que, com o passar dos anos, esse tipo de serviço deveria ser coordenado pelos próprios pacientes.⁽¹⁾

O GC é uma questão importante na enfermagem contemporânea. No entanto, a literatura apresenta uma variedade de interpretações. A ausência de clareza no entendimento sobre o termo surgiu como um obstáculo no avanço e na implementação dessa estratégia de atenção em saúde na prática da enfermagem ou o que é mais grave na realização das pesquisas. Falar de GC é falar sobre um processo que se estende para a comunidade e requer que o cuidado dispensado aos pacientes os ajude a derrubar barreiras e modificar serviços descoordenados.⁽⁴⁾ No início de 1960, este termo foi utilizado para caracterizar programas destinados a superar barreiras nos serviços fragmentados, tal como o direcionamento dos problemas de contenção de custos em serviços de cuidados a longo-prazo, como eram os serviços psiquiátricos da época.

O GC: "[...] é um modelo que promove engajamento, transição integrada e assegura a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita que os pacientes permaneçam na comunidade e se responsabilizem pelo seu cuidado [...]" e, apesar de sua reconhecida importância, atualmente ainda não há um consenso na literatura sobre como introduzir a estratégia nos serviços de saúde e, principalmente; na comunidade, assim como também, não existe uma clara definição sobre as atividades que compõem o GC na enfermagem.⁽¹⁾

O GC deve ser compreendido dentro de um conceito operacional de continuum, que se estrutura como uma rede de encaminhamentos, com supervisão e planejamento e com uma oferta de serviços diretos de enfermagem. O GC pode se caracterizar por um sistema de oferta de cuidados, um modelo de prática profissional ou grupo de atividades que são realizadas para o paciente. Obviamente, esta diversidade de características e aplicações tem levantado muitas questões. A mais importante é o relacionamento com outros trabalhadores da saúde que podem, por não entenderem o papel do gerente de casos, não aceitar sua função dentro das equipes.⁽⁵⁾

A falta de esclarecimento se dá pelo fato de que a prática do gerenciamento ter se expandido rapidamente nos últimos anos, substituindo outras estratégias de trabalho na comunidade, embora não tenha sido compreendido suficientemente, em alguns casos, por quem o aplica. Em outros casos apenas alguns dos seus princípios são utilizados e mesmo que se obtenha resultados semelhantes, não podemos dizer que o gerenciamento foi utilizado. Há uma necessidade de

elucidar seus conceitos para melhor aplicá-los, isso se refere também à discussão filosófica dos mesmos e do seu foco de trabalho.^(3,4)

A definição de GC é inconclusiva devido a dois fatores: primeiro essa estratégia ainda é uma novidade nas práticas da enfermagem; segundo existe uma falta de consistência na literatura em relação ao nível de abstração na qual a questão está sendo direcionada. Por outro lado, a confusão em torno do conceito surge como um resultado das diversas áreas nas quais GC pode ser implementado. Isso fica evidente no aparecimento de diferentes projetos que o utilizam em diferentes disciplinas da saúde.^(5,4)

Segundo a *American Nurses Association*⁽⁶⁾ GC é definido como um sistema de gerenciamento e financiamento destinado à atenção de saúde para assegurar que os serviços providenciem o planejamento e manutenção dos cuidados necessários para a população que utiliza o sistema de saúde público. É um processo que inclui vários papéis e responsabilidades e alcança uma assistência compreensiva que precisa ser identificada, planejada e implementada sem, contudo, massificar o cuidado; monitorando suas ações de acordo com a evolução da aprendizagem do paciente, e/ou criticando e revendo posturas sempre que necessário.

Os enfermeiros implementaram o GC na enfermagem, em diferentes áreas, mesmo havendo a discussão de que essa estratégia ainda não tenha conceitos bem articulados, entretanto, devemos reconhecer que o uso do gerenciamento baseia-se na compreensão de que as pessoas com problemas de saúde buscam a assistência ao usar o sistema de saúde, independente do modo como ela se apresenta.⁽⁶⁾

Em relação ao custo do emprego do GC, ele é bem menor do que o de serviços que demandam espaço físico para suas atividades, pois o espaço para aplicação do método é a casa do doente, sua comunidade. Em contrapartida, a qualificação do profissional é essencial. As habilidades resgatadas pelos pacientes atendidos pelo GC, dependendo do comprometimento do paciente, podem se dar de forma mais rápida ou não e, a sua aplicabilidade está condicionada também ao número de profissionais de diferentes áreas envolvidos e que a colaboração e união de todos é imprescindível, quando o mesmo é implantado nos serviços de saúde comunitária.^(7,8)

Alguns autores definiram metas para o trabalho com GC, entre elas manter contato com o paciente, reduzir a frequência e a duração das internações hospitalares, aperfeiçoar os resultados clínicos e sociais.⁽³⁾ Outros classificaram em três as estruturas do GC: a primeira é a de *corretagem*, onde a defesa dos direitos do paciente é uma característica proeminente e o gerente de caso age para unir as necessidades do cliente às possibilidades do serviço como um agente independente, localizado fora dos recursos das agências. Outras duas estruturas foram apontadas por esses autores. A estrutura de *comércio social*, onde o controle dos recursos e o orçamento são centrais e o gerenciamento de caso tem orçamento para a compra de pacotes de saúde para oferecer aos clientes e a de *expansão*, o gerente tem como função coordenar o cuidado; essa estrutura supõe que os membros da equipe

multidisciplinar sejam responsáveis pela organização, realização e monitoração dos cuidados aos clientes.⁽⁵⁾

Estas três diferentes estruturas ilustram a variação de ênfases dadas ao funcionamento e valor do GC. O GC pode ser dividido operacionalmente em cinco fases distintas: (a) identificação, (b) planejamento e implementação do cuidado, (c) monitoração, (d) avaliação ou reavaliação que conduzem a fase final que é a fase de (e) encerramento ou repetição do ciclo. Embora esse continuum ofereça uma prática mais sistemática de trabalho, do que seja GC, ele pode ter diferentes interpretações de acordo com o contexto dos cuidados de saúde no qual ele é praticado. Ou seja, a definição do GC deveria ser determinada de acordo com o contexto particular da pessoa. No entanto o GC na enfermagem comunitária é operacionalmente definido como um processo sistemático de avaliação, coordenação de serviços, encaminhamento, monitoramento e avaliação através da necessidade dos clientes. Independente do modelo escolhido, o GC têm como objetivos: proporcionar cuidados de qualidade aos pacientes, enfatizando a importância da restauração da saúde, manutenção e aumento da continuidade de serviços; diminuir os custos dos cuidados, pelos do fortalecimento do paciente e de seus familiares para maximizar a capacidade de auto-cuidado e prevenir re-internações desnecessárias ou prolongadas; melhorar a satisfação do paciente e equipe de saúde, por meio do desenvolvimento profissional através da colaboração prática multidisciplinar e de cuidados coordenados.⁽⁵⁾

A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E O GERENCIAMENTO DE CASOS

Para alcançar os objetivos do GC, a literatura aponta que as enfermeiras são consideradas profissionais mais apropriadas para realizar tais funções, pois, coordenar ações destinadas ao cuidado dos pacientes refletem os modelos filosóficos atuais da enfermagem. Para que isso se concretize, cinco funções foram identificadas para o enfermeiro no GC: gestor/gerente, clínico, consultor, educador e pesquisador. A função do *gerente* envolve a questão financeira em termos de avaliação e monitoramento dos custos e recursos gastos com o cuidado. A função como *clínico*, permite que o enfermeiro desenvolva um plano de cuidados específico para cada tipo de paciente de uma população. Como *consultor*, o gerente de caso colabora com a equipe multidisciplinar, assume a coordenação do tratamento dos pacientes, oferece suporte clínico e especializado, coordena as consultas e encoraja os pacientes e familiares na participação do GC. A responsabilidade como *educador* inclui orientar na utilização do plano de cuidados do paciente, envolvendo toda a equipe de saúde no processo de cuidados integrais, treinamento dos funcionários e envolvimento nas mudanças curriculares no âmbito da formação profissional. Sendo um *pesquisador*, o gerente de caso além de realizar pesquisas na área, monitora e avalia a qualidade dos resultados e custos das mesmas.^(1,3,4)

Além dessas funções, três modelos do GC foram identificados na prática de enfermagem, de acordo com o

local em que o enfermeiro está realizando sua prática. O modelo baseado no *hospital* requer que o enfermeiro sozinho ou em equipe de enfermagem coordene as ações destinadas ao indivíduo hospitalizado de alto risco. A enfermeira do gerenciamento, nesse modelo geralmente não acompanha o paciente fora do hospital. No modelo *hospital-comunidade* a enfermeira de gerenciamento trabalha com pacientes em quadros agudos e nas internações prolongadas. Por último, no modelo *comunitário* a enfermeira acompanha o paciente em seu domicílio.⁽⁴⁾

O gerente de caso, também pode ser um grupo consultor da prática. Esse grupo pode ser formado por enfermeiros e médicos, que constitui a sua estrutura formal e oferecem consultoria para os casos apresentados pela equipe de saúde, como episódios agudos da doença.⁽³⁾

Em relação à experiência do GC em Hong-Kong, para reduzir o custo das práticas de saúde, por meio de um modelo continuum de cuidado no hospital e na comunidade, o modelo de GC assemelha-se ao modelo que está sendo empregado para introduzir a estratégia na enfermagem comunitária. Os sistemas são organizados em duas fases usando os cuidados de coordenação e o GC. Os cuidados de coordenação são realizados por enfermeiras generalistas e o GC é realizado por enfermeiras comunitárias. O coordenador é um facilitador na implantação do GC nos serviços de enfermagem comunitária por meio do trabalho hospitalar baseado na equipe multidisciplinar. Cabe ao coordenador desenvolver caminhos para transferir o paciente para o programa de GC na comunidade. O gerente então coordena e planeja as metas a serem alcançadas pelo paciente, faz-se uma avaliação do que foi planejado, implementam-se as ações e monitora-se os casos através da utilização de manejo dos cuidados de saúde e recursos sociais apropriados. O gerente também é responsável pelo encerramento e encaminhamento do caso quando necessário e promove uma transição integrada entre o serviço hospitalar e o comunitário, assegurando a continuidade do caso, uma vez que o cliente retorna a comunidade.⁽¹⁾

No Reino Unido, o envolvimento do enfermeiro no GC é variável. Esta variabilidade não surpreendentemente é atribuída à confusão acerca do conceito de gerenciamento. Em termos de funções adotadas pelo enfermeiro no gerenciamento, o autor aponta que as enfermeiras estão engajadas no processo de avaliação/encaminhamento (97,5%), na oferta de serviços (94%) e no monitoramento e revisão de casos (88%). Quando perguntadas sobre quais outros serviços contribuem com suas tarefas, 95% indicaram que o serviço social aparece como o maior envolvido nas ações. De fato existe uma quantidade significativa de orientações do serviço social na maioria dos projetos de gerenciamento nos EUA, resultando de uma aparente marginalização na contribuição do enfermeiro. Em contrapartida, este estudo apontou que o GC possibilita aos enfermeiros tornarem-se administradores dos cuidados.⁽⁹⁾

Os investimentos financeiros em saúde são díspares em diferentes países e as ações de saúde, portanto devem se adequar a essas desigualdades. O objetivo comum do gerenciamento é proporcionar cuidados com custo

reduzido e efetividade em suas ações. Entretanto, na prática existem diferenças na interpretação das funções dos enfermeiros e esse fato não pode ser avaliado separadamente da questão financeira. Este argumento tem levantado importantes questões de como poderíamos avaliar os programas, e como poderíamos estar medindo o impacto dos mesmos com base na questão dos custos associados ao GC. Os Estados Unidos é o país que mais realiza pesquisas para medir o impacto do GC. A população mais avaliada para medir sua efetividade foi a dos pacientes com doenças pulmonares e cardíacas. Estes grupos de pacientes foram identificados como populações apropriadas para esses estudos, porque foram considerados grupos com maior facilidade para monitoramento dos resultados.⁽¹⁰⁾

Além disso, observa-se o desempenho clínico e a satisfação do consumidor, sendo considerado um método apropriado de coleta de dados por diversas razões, incluindo o potencial para uma boa taxa de resposta, oportunidade de esclarecer questões ambíguas e habilidade para obter mais informações detalhadas. Variáveis como o tempo de internação, o número de admissões, a satisfação do paciente, da família, dos médicos e dos funcionários foram estudados amplamente nas pesquisas de GC. Enquanto a melhora clínica, a redução do custo da internação e a satisfação do paciente em termos de diminuição do tempo de hospitalização, a manutenção ou aumento da qualidade dos cuidados, a satisfação do cliente e do cuidador foram relatadas como variáveis importantes.^(11,12)

Os estudos sobre o GC, avaliam a efetividade de suas iniciativas e que há evidências de que as iniciativas individuais bem sucedidas existem onde o enfermeiro está inserido, entretanto não existem avaliações detalhadas de tais projetos para estabelecermos alguma conclusão. É evidente que para medir o impacto de programas de GC é necessário relacionar o processo empregado e os resultados obtidos. A descrição detalhada do processo de enfermagem em GC ou de sua função é especialmente relevante para respaldar o papel do enfermeiro em relação à sua autonomia para o método e de utilização de recursos.^(4,10,11)

Apesar da falta de consenso em definir o conceito de GC, é importante introduzi-lo como uma atividade de enfermagem, que responde às necessidades de cuidados de saúde num contexto particular.⁽¹⁾ Em outro estudo realizado em Hong-Kong, avaliou o trabalho do enfermeiro na modalidade do GC, na enfermagem comunitária. O desenho desse estudo contém elementos quantitativos e qualitativos. Foi usado um desenho quantitativo descritivo para avaliar a implementação do GC nos serviços de enfermagem comunitária em termos de: resultados clínicos (pela mensuração da quantidade de cuidados), funcionamento do paciente em relação às atividades de vida diária, taxa de re-admissão, uso de serviços de urgência/emergência e satisfação com os cuidados.⁽¹³⁾

Os dados qualitativos refletiram as mudanças nas funções dos enfermeiros e a satisfação obtida pelas entrevistas e confecção de diários de campo individuais ou em grupos. O GC é uma estratégia no campo das

práticas, técnica, ética e política, que possibilita o desenvolvimento da autonomia das pessoas com doença mental, para que elas possam superar ou diminuir as limitações ou desvantagens nos principais aspectos de sua vida diária, em comunidade.

A exclusão social é um dos problemas as pessoas com doença mental enfrentam e dos quais o governo britânico tem se ocupado. Um estudo realizado por um período de dois anos acompanhou e analisou o impacto da prática de registro e acompanhamento de todas as pessoas nessas condições por meio do programa de Distrito de Saúde adotado na Inglaterra para essa clientela. Os resultados apontaram uma redução das experiências de sentimento de exclusão dos pacientes, embora isso não tenha influenciado em sua qualidade de vida e na relação deste com o serviço de saúde. Os pacientes indicaram que entre suas dificuldades em relação à vida após o acometimento da doença, estão: falta de expectativa diante da vida, mudança no relacionamento dentro de casa, deterioração da saúde física, sintomas psicóticos, estresse, uso de álcool e drogas, relacionamento amoroso deteriorado, dificuldade para seguir nos estudos, dificuldade para usar o telefone ou o transporte público, para lidar com dinheiro, fazer uma refeição e, em alguns casos alimentar-se. Dentre essas queixas, Bonner et al.⁽¹⁴⁾ avaliaram que 30% dos pacientes necessitavam de maior atenção nas áreas relacionadas ao estresse decorrente de sua condição de doente mental, 25% em relação às atividades físicas e diárias, 20% estavam relacionadas à atividade sexual, companhia (amigos) e experiências sexuais, 19% em relação a alimentação e relacionamento dentro de casa, de um total de 274 pessoas entrevistadas.

Nesse estudo foi utilizado um questionário composto por três escalas para avaliar qualidade de vida de pacientes psiquiátricos, que se caracterizava por abranger domínios relacionados a vida do paciente em comunidade, tais como: moradia, relacionamento dentro de casa, atividades diárias, contato social, relacionamentos íntimos e expressão sexual. Em relação à exclusão social, foram observados domínios relacionados a comunidade na qual o paciente estava inserido, exclusão dentro do próprio lar, uso de seu tempo produtivamente, satisfação e estabilidade no trabalho, vida social, família, relacionamento com parentes, amigos e cônjuge. Segundo a exclusão social 8% dos pacientes apresentaram dificuldades de relacionamento com seus cônjuges, 7% de insatisfação no emprego, 6,5% estavam insatisfeitos com a utilização do tempo de forma produtiva, 6% em relação à família. Dos 274 pacientes 16% viviam sozinhos, 11% com o cônjuge sem depender financeiramente dos filhos, 4% viviam com o cônjuge e dependiam dos filhos financeiramente, 1% viviam e dependiam economicamente dos filhos, 5% viviam com a família, 15% com os irmãos e 2% em casas de apoio. Quando perguntados sobre o que seria necessário para que suas vidas se tornassem melhor eles afirmaram em 86% das respostas: direcionamento da vida, poder fazer algo sem ninguém lhes vigiando e amor. As autoras concluíram que independente dos programas sociais de cunho inclusivo, os pacientes querem, apenas, um

tratamento respeitoso e individualizado, independentemente do montante de recursos que são dispensados para o mesmo.⁽¹⁴⁾

A percepção dos pacientes sobre o GC e os fatores que influenciam essas percepções, foi objeto de estudo onde o autor aplicou um questionário a 225 pacientes com quadros de psicose grave cujos resultados possibilitaram a comparação entre a utilização de GC versus o GC intensivo. Foram considerados como principais pontos de análise: a qualidade do cuidado recebido e a percepção do paciente em relação ao GC. A hipótese dos autores era de que os pacientes que recebiam cuidados intensivos de gerenciamento percebiam de forma mais clara seus benefícios do que os pacientes que seriam acompanhados pelo GC, considerando que no gerenciamento de casos intensivo cada gerente era responsável por acompanhar 15 pacientes de cada vez, e no segundo eram acompanhados de 30 a 35 pacientes por gerente.⁽¹⁵⁾

A segunda hipótese do estudo era a de que os pacientes percebiam o gerenciamento de casos associando-o a questões demográficas, clínicas e variáveis sociais. Foram avaliados os pacientes ligados a serviços comunitários de saúde mental que utilizavam equipes multidisciplinares de gerentes, formadas majoritariamente por enfermeiras psiquiátricas, e outros profissionais entre eles psicólogos, terapeuta ocupacional e trabalhadores voluntários com treinamento em saúde mental. Em relação à qualidade do cuidado não foram observadas diferenças na percepção dos pacientes, ele foi considerado bom em linhas gerais por todos os entrevistados, embora as mulheres entrevistadas (59%) tivessem essa percepção mais nítida do que os homens (41%), outro ponto importante encontrado é que havia uma forte relação entre as condições clínicas e sociais dos pacientes e a percepção da qualidade do cuidado, e que os pacientes percebiam que o gerenciamento de casos intensivo favorecia muito mais a recuperação e, portanto era percebido como melhor do que o gerenciamento de casos padrão.⁽⁵⁾

O Programa de Acesso ao Cuidado (CPA) é um modelo de gerenciamento de casos, que faz parte da política de saúde mental inglesa e existe há mais de dez anos, oferecendo aos seus usuários não só serviços, mas também, possibilidades de trabalho e reinserção social.⁽¹⁶⁾ Vários modelos de GC são utilizados nesse programa entre eles: clínico, efetivo, intensivo e assertivo. Sendo definidos de acordo com a necessidade do paciente. A questão do estudo era se a utilização dessa variedade de modelos não faria com que o programa de acesso ao cuidado perdesse não só sua efetividade, mas também sua credibilidade. Os autores observaram que a unificação e a definição clara de uma filosofia única de trabalho melhoraria a percepção que os usuários e profissionais tinham do programa.

O impacto do gerenciamento de casos na aprendizagem e no ensino do processo de enfermagem em psiquiatria e saúde mental, foi avaliado em uma pesquisa realizada com enfermeiros recém graduados. E a questão norteadora do estudo foi em relação a aprendizagem sobre

o processo de enfermagem e as relações entre enfermeiro / paciente / cuidado. As pesquisas na área do ensino apontam que o GC tem transformado a aprendizagem de muitos enfermeiros, pois cada vez mais esse processo de ensino e aprendizagem tem se tornado essencialmente prático, principalmente quando se considera que o gerenciamento de casos tem uma função educativa não só para o paciente, mas também para os familiares, cuidadores e profissionais.⁽¹⁾

Segundo as autoras desse estudo a nova "ciência" do gerenciamento de casos tem apresentado reflexos não só no ensino da enfermagem, mas nas relações entre todos os profissionais que trabalham com esse modelo, principalmente no que se refere às disputas de poder e controle das equipes em relação aos programas instituídos.

Os participantes da pesquisa foram questionados em relação às suas rotinas de trabalho e à sua percepção do impacto das reformas políticas em saúde mental em suas ações. Também lhes foi perguntado o que seria um cuidado psiquiátrico ideal. Um dos pontos citados pelo entrevistados em relação a natureza do trabalho em saúde mental, é que o mesmo é perigoso e difícil, porque em muitos momentos o profissional e o paciente encontram-se em posições extremamente vulneráveis, tanto física como mentalmente, por conta da própria natureza da clínica psiquiátrica e que no gerenciamento de casos isso se evidencia de forma mais clara do que em outros modelos de atenção, dada a intensa e próxima relação do gerente com o paciente. Outra questão apontada é a dificuldade que as enfermeiras têm em trabalhar com o médico, nesse tipo de modelo, pois este profissional apesar de conhecer os princípios teóricos do gerenciamento, em alguns momentos comporta-se como coordenador de equipe, o que gera conflitos entre ambos.

O desenvolvimento de um escopo de conhecimentos sobre gerenciamento de casos para a enfermagem é essencial para assegurar sua expansão e seu desenvolvimento e que esse conhecimento deve ser justificado com base em pesquisas dirigidas por enfermeiros, assegurando assim mecanismos que validem a importância desse modelo de atenção para enfermagem contemporânea. O GC na enfermagem tem sido uma estratégia comum utilizada pelos serviços de saúde para populações de risco. A inserção do enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde é notória; entretanto nos últimos anos cada vez mais observamos o crescente número de enfermeiros que atuam com o GC.⁽⁴⁾ O GC individualiza o cuidado e, portanto incrementava a qualidade do mesmo. Após sua utilização em diversos países, o que se pode dizer é que a enfermagem em relação ao GC evoluiu, emergindo como um forte campo de atenção dos enfermeiros.

A adoção do modelo hospitalar, hospitalar/comunitário ou comunitário, não interfere na idéia de atenção integral e individual em diferentes espaços onde o GC seja utilizado, o que é considerado de extrema importância quando se pensa na inserção do enfermeiro nesses locais. Os enfermeiros vêm desenvolvendo, aplicando, avaliando, e implementando programas de

gerenciamento como opção para as políticas de saúde destinadas às populações consideradas em situação de risco e/ vulneráveis. O impacto do gerenciamento de casos nas políticas públicas de saúde tem suscitado alguns dilemas. O primeiro está relacionado à necessidade de definir os componentes das atividades dos enfermeiros no modelo de gerenciamento.

Em 1988, a Associação Americana de Enfermagem definiu que gerenciamento de casos em enfermagem era um processo de cuidados que incluía assistência, comprometimento, coordenação e monitoramento de serviços e recursos que assegurassem as necessidades dos clientes. Baseada no conceito de processo de enfermagem, esta definição deu um norte para a conceituação e implementação do papel da enfermeira gerente de casos. Até o presente momento, este conceito ainda é considerado confuso, pois, em primeiro lugar cabem ao enfermeiro no gerenciamento, diferentes papéis; entre eles: o de coordenador de serviços, monitor de ensino, gerente de casos propriamente dito, entre outros de acordo com a realidade do local onde o modelo é empregado.⁽³⁾

Em segundo lugar, o gerenciamento dentro da enfermagem tem diferentes teorias que o fundamentam, sendo utilizados em diferentes disciplinas. A ausência de uma base teórica é problemática, mas não é uma surpresa. Durante cinco anos de expansão do gerenciamento, o que se observou na área da saúde foi uma preocupação das agências de saúde dos diversos países que o utilizam como um meio de reduzir os custos dos serviços ainda que oferecendo cuidados de qualidade; a outra questão é que dentro da enfermagem observou-se que os enfermeiros que trabalhavam com gerenciamento relatavam um grau de satisfação com suas funções, nunca antes observado, quando inserido nos modelos já conhecidos de atenção em saúde. Isso fez com que, apesar da inexistência de um arcabouço teórico suficientemente validado que pudesse dar suporte para esse modelo de atenção em saúde, essa ausência não foi um obstáculo suficientemente forte para fazer com que o gerenciamento de casos em enfermagem não fosse implementado. O gerenciamento está condicionado a relação enfermeiro-paciente, que especificamente em psiquiatria é extremamente subjetiva, daí o GC nessa área ter sido considerado uma 'caixa preta' por muito tempo, principalmente em relação a quantificação desse cuidado, pois, para os enfermeiros psiquiátricos que trabalham em países onde o sistema de saúde funciona sob a ótica do reembolso de serviços utilizados, é difícil quantificar uma relação terapêutica.^(1,3,4)

A saída encontrada foram as pesquisas desenvolvidas pelos enfermeiros ainda que utilizando parcialmente o modelo de GC, pois só dessa forma foi possível demonstrar sua eficácia e importância para a autonomia do cuidado de enfermagem. Em relação ao ensino em saúde mental, considera-se um entrave o fato dos alunos, desconhecendo as especificidades do trabalho do enfermeiro psiquiátrico e, no que ele se diferencia em relação às outras especialidades. O comum é que o alunado saia da graduação sem clareza da função do enfermeiro na clínica psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo fato de serem empregadas diferentes e variadas metodologias no gerenciamento de casos, a enfermagem de modo geral tem apresentado algumas dificuldades na realização de pesquisas na área. Em tese as pesquisas têm sido direcionadas para os grupos considerados consensualmente de risco, tais como população de rua, desabrigados, doentes mentais, mulheres e crianças em situação de risco, entre outros; essas populações acabam por limitar em alguns momentos a implementação de um programa de gerenciamento de forma coordenada. Outro problema é o critério de escolha desses grupos. Geralmente este se dá por meio de entrevistas, avaliação clínica e mais raramente por amostragem aleatória, o que invalida alguns instrumentos de pesquisa quando aplicados em outros estudos que não tenham as mesmas características; ou seja, os estudos em gerenciamento de casos são em grande parte considerados experimentais ou quase experimentais.

Esse fato de certa forma cria uma problemática para os pesquisadores, pois, fica difícil clarificar as diferenças entre o enfermeiro gerente de casos e o enfermeiro, por exemplo, que trabalha com grupos, ou o acompanhante terapêutico. O que se observa é que muitos trabalhos usaram dois critérios para selecionar seus grupos de estudo, o primeiro foi a idade dos indivíduos e o segundo o diagnóstico dos mesmos; em relação às variáveis consideradas, elas geralmente estão relacionadas ao estado civil, expectativa em relação ao tratamento e influencia do gerente de casos no desenvolvimento de habilidades perdidas.

Por exemplo, dois indivíduos com doença obstrutiva crônica podem diferir substancialmente em relação ao risco para infarto agudo do miocárdio, ao suporte familiar e de saúde e conseqüentemente ter respostas diferentes ao programa de gerenciamento de casos. Inclui-se ainda nessa situação, as características do gerente de casos, a articulação desse com os serviços de saúde que o paciente utiliza, a relevância do gerenciamento na vida pelo próprio paciente e a dificuldade de se interpretar questões tão subjetivas. Daí a crescente onda de pesquisas que utilizam grupos controle com o intuito de tentar comparar esses dados, embora isso nem sempre tenha sido uma boa alternativa, pois os resultados apontam para o seguinte caminho: quanto mais individualizado e autônomo o cuidado melhor os resultados com o gerenciamento, apesar de outros modelos terem sido comparados e validados da mesma forma que o gerenciamento o foi.

No futuro as pesquisas em GC deverão ser bem caracterizadas e ter sua metodologia bem definida, passo a passo (visando sua replicação), sem a utilização de grandes recursos tecnológicos, priorizando a relação e simplificando as ações. Os desenhos das pesquisas necessitam ter conceitos teóricos mais claros para o gerenciamento, e os instrumentos de pesquisas devem ser direcionados, sensíveis e validados para populações de interesse da enfermagem. Os resultados devem esclarecer a principal questão do modelo de GC, que é o seu fundamento teórico, considerado obscuro, devido aos diferentes contextos em que vem sendo utilizado, mesmo que amplamente discutido.⁽⁴⁾

Em relação à evolução dos programas de gerenciamento já existentes, algumas questões devem ser consideradas para implantação de outros programas no futuro: (a) é importante olhar com atenção o impacto do GC na qualidade e no custo do cuidado, o GC surgiu dessas necessidades e isso não deve ser perdido de vista; (b) o GC trabalha com a noção de continuum; é importante avaliar se os serviços de saúde estão possibilitando que isso seja mantido; (c) a qualidade do cuidado geralmente está associada ao número de acompanhamentos que o paciente recebe em determinado período de tempo, isso gera custos e, portanto, deve-se avaliar a relação custo/benefício com bastante atenção; (d) contrariamente ao que se esperava, não existem estudos que tenham por meta apenas implantar o gerenciamento de casos em serviços, isso talvez seja uma lacuna que necessita ser sanada, pois estudos desse tipo possibilitaram comparações das variedades de modelos que existem na atualidade; (e) estudar o processo de trabalho do enfermeiro no gerenciamento é importante, mas não se deve esquecer que o foco é a atenção em saúde e não o programa puro e simplesmente.⁽⁴⁾

O impacto desse modelo na vida dos enfermeiros também tem sido motivo de pesquisas, incluindo a individualização do cuidar, o aumento na capacidade de planejar, o cuidado em longo prazo e a redução no uso dos serviços hospitalares e de urgência o que também tem reflexos na vida dos enfermeiros que estão ligados a esses serviços. Não somos ingênuos em pensar que o GC possa resolver todas essas questões ligadas e vivenciadas por enfermeiros psiquiátricos em campo, mas acreditamos que ele possa mostrar que é possível reeditar antigos modelos com nova roupagem. O primary nursing, as visitas domiciliares, o plano terapêutico, a relação de ajuda, a psicoterapia breve, o processo de enfermagem são modelos de trabalho os quais os enfermeiros psiquiátricos já utilizam há muito tempo e que tem seu valor incontestável nesse campo da saúde. O GC é apenas mais a estratégia de trabalho que se observamos com atenção congrega todos os instrumentos acima citados.

REFERÊNCIAS

1. Lee D, Mackenzie A, Dudley-Brown S, Chin T. Case management: a review of the definitions and practice. *J. Adv. Nurs.* 1998; 2 (7): 933-9.
2. Jacobson L. The transitions from mental hospital based to community based psychiatry. *Med. Arhc.* 1999; 53 (3): 131-3.
3. Hussain A. A discussion on the role of case management within ity mental health. *Comunity mental Health and Social Work*, december, 2000, 5 p. [Citado em: 24 fev. 2003]. Disponível em: <<http://www.crecentlife.com>>.
4. Lamb G. Conceptual and methodological issues in nurse case management. *J. Adv. Nurs.* 1992; 34 (15): 16-24.
5. Berger E. Acompanhamento terapêutico: intervenções. In: Equipe de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A casa, Organizador. Crise e Cidade; acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC; 1997. p.71-82.
6. American Nurses Association. Position Statement: Psychiatric Mental Health Nursing and Managed Care, 2001. [Citado em: 03 mar 2003. Disponível: <http://www.nursingworld.org>.
7. Marshall M. Case management: a dublious practice. *Br. Med. J.* 1998; 32: 358-67.
8. Suber R. Clinical case management: a guide to comprehensive treatment of serious mental illness. London: Sage; 1994.

9. Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophr. Bull.* 1981 mar.; 8 (3): 655-74.
10. White JP. et al. The impact of managed care on nurses' workplace learning and teaching. *Nurs. Inquiry* 2000; 7: 74-80.
11. Cahen NI et al. Training in community psychiatric: new opportunities. *Psych. J.* 1998; 69 (2): 107-9.
12. Mccann G et al. understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: a basis for improved services. *J. Adv. Nurs.* 1996 mar.; 23(23): 463-81.
13. Bonner L, Barr W, Hoskins A. Using primary care mental health registers to reduce social exclusion in patients with severe mental illness. *J. Psych. Mental Health Nurs.* 2002 Mar.; 9 (3): 585-93.
14. Samele M. et al. Patient's perceptions of intensive case management. *Psych. Serv.* 2002 Nov.; 53 (11): 453-8.
15. Simpson A, Miller C, Bowers L. Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *J. Psych. Mental Health Nurs.* 2002; 10:472-83.

Recebido em: 16/02/2005

Aprovado em: 12/12/2005