

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**Priscilla Gonçalves de Castro Gomes Braz**

***SCOPING REVIEW* DO GERENCIAMENTO DE CASOS  
NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS COM NECESSIDADES  
COMPLEXAS NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

Goiânia

2019

**Priscilla Gonçalves de Castro Gomes Braz**

**SCOPING REVIEW DO GERENCIAMENTO DE CASOS  
NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS COM NECESSIDADES  
COMPLEXAS NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila

Goiânia

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

B827s Braz, Priscilla Gonçalves de Castro Gomes  
Scoping review do gerenciamento de casos na  
transição do cuidado de pessoas com necessidades  
complexas nos serviços de emergência / Priscilla  
Gonçalves de Castro.-- 2019.

138 f.: il.

Texto em português, com resumo em  
inglês Dissertação (mestrado) -- Pontifícia  
Universidade  
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e  
da Saúde, Goiânia, 2019

Inclui referências: f. 112-128

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Priscilla Gonçalves de Castro Gomes Braz

### **SCOPING REVIEW DO GERENCIAMENTO DE CASOS NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS COM NECESSIDADES COMPLEXAS NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 20 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Presidente da banca – PUC Goiás

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heliny Carneiro Cunha Neves  
Membro Efetivo, Externo ao Programa – FEN/UFG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fátima Mrué  
Membro Efetivo, Interno ao Programa – PUC Goiás

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Sílvio José de Queiroz  
Membro Suplente, Interno ao Programa – PUC Goiás

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro  
Membro Suplente, Externo ao Programa – FEN/UFG

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo ao meu esposo Murilo Gomes Braz,  
à minha mãe Maria Silvana de Castro  
e à minha orientadora Vanessa da S. C. Vila.*

*A todos os pacientes com necessidades de cuidados complexos  
atendidos nos serviços de emergência.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, pela minha vida, família, profissão e por me permitir cuidar dos pacientes como gostaria de ser cuidada.*

*Ao meu esposo, por ter incentivado a cursar o mestrado e ter me apoiado, estando sempre ao meu lado em momentos de alegria, tristeza, medo e insegurança, e não me fazendo desistir. Obrigada por acreditar e me fazer crescer profissionalmente.*

*À minha mãe, pelo incentivo a prosseguir no mestrado, por ser a primeira enfermeira que conheci e fazer nascer a vontade de cuidar e seguir esta profissão.*

*À minha amiga, Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, que desde a minha graduação em enfermagem é minha inspiração como professora e enfermeira no cuidado de pacientes com necessidades de cuidados complexos, e atualmente minha orientadora no mestrado. Agradeço pelos seus conselhos, pela dedicação, paciência e incentivo ao iniciar essa linda caminhada na vida científica, o que me fez ir além da prática profissional e perceber que o conhecimento estava ao meu alcance. Obrigada pelo ensino e por encorajar-me a superar obstáculos, levantar e prosseguir. Se cheguei até aqui, foi graças à senhora.*

*Ao Mestrado de Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, por abrir portas para a minha caminhada rumo ao conhecimento e pelo apoio institucional necessário para a realização deste estudo.*

*Aos Profs. Dr. Sílvio José de Queiroz, Prof.<sup>a</sup> Dra. Heliny Carneiro Cunha Neves, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Aleixo Diniz Rezende, Prof.<sup>a</sup> Dra. Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro, e Prof.<sup>a</sup> Dra. Fátima Mrué componentes da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições que enriqueceram a pesquisa.*

*À minha amiga, Prof.<sup>a</sup> Mestre Livia Machado Mendonça, que compartilhou o processo de construção deste estudo. À Prof.<sup>a</sup> Ana Paula C. M. Hoê por me ensinar inglês e ajudar com o estudo.*

*À equipe multiprofissional da emergência do Cais Campinas, pelo apoio aos estudos. Agradeço principalmente a minha amiga, Enfermeira Grasiely Santana, por ter paciência para ouvir e pela ajuda no decorrer dos plantões.*

*Aos amigos alunos do mestrado que estiveram presentes, compartilhando o processo de crescimento e de reconstrução de um novo modo de olhar a realidade. Saudades!*

*Aos pacientes com necessidades de cuidados complexos dos quais cuidei ao longo dos meus dez anos de enfermagem no contexto da emergência. Vocês me fizeram sentir a vontade de buscar um modo de garantir a continuidade do cuidado adequado e seguro desta população.*

*Agradeço a todos os familiares e amigos que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão e do meu carinho pela torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com a graça de Deus!*

## EPÍGRAFE

“Tudo posso naquele que me fortalece.”

Filipenses 4:13

## RESUMO

BRAZ, P.G.C.G. **Scoping review do gerenciamento de casos na transição do cuidado de pessoas com necessidades complexas nos serviços de emergência.** 2019. 139p. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

O gerenciamento de casos é uma estratégia fundamental para promover a adequada transição do cuidado nos serviços de emergência. Trata-se de uma abordagem integrada, holística, compreensiva e interdisciplinar para promover melhores resultados e garantir a continuidade do cuidado entre os serviços de saúde. O propósito deste *scoping review* foi mapear e sintetizar evidências científicas a respeito das características, estratégias-chave, resultados e potencialidades da implementação das intervenções de gerenciamento de caso nas transições do cuidado nos serviços de emergência. Foram adotados os pressupostos metodológicos do Instituto Joanna Briggs em consonância com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien. Implementou-se busca sistematizada nas bases de dados MEDLINE via Pubmed, *Web of Science* via Capes Periódicos, CINAHL, EMBASE via OVID, LILACS via BVS. A literatura cinzenta foi acessada no *Google scholar* e as listas de referências dos estudos foram avaliadas. A síntese das intervenções foi descrita considerando a população-alvo; profissionais e ações centrais; estratégias empregadas; características e potencialidades do gerenciamento de casos. Dos 25 estudos incluídos, a maioria foi publicada nos Estados Unidos (16 artigos) e no Canadá (4 artigos). A intervenção de gerenciamento de casos, assumiu um papel central em termos da coordenação do cuidado de alta complexidade, principalmente para usuários frequentes que possuem necessidades psicossociais e clínicas complexas e, em alguns casos incluíram os familiares. Prevaleceram modelos de intervenções realizadas por equipes multiprofissionais que em colaboração com os provedores de cuidado, nos diferentes níveis do sistema de saúde, devem promover uma abordagem holística e integral do cuidado. O gestor de casos assume o papel central de estabelecer a comunicação com o paciente via telefone e promover a ligação com o médico da atenção primária, a fim de assegurar a transmissão de todas as informações necessárias para a continuidade e o seguimento do cuidado após a alta do serviço de emergência. Verificou-se que as estratégias de triagem com avaliação dos riscos, o planejamento individualizado e progressivo do cuidado e a coordenação do cuidado por meio do estabelecimento da comunicação eficaz entre as equipes multiprofissionais nos diferentes contextos do cuidado foram fundamentais para os desfechos favoráveis das intervenções implementadas. Identificou-se a preocupação central com a otimização do processo de cuidar para a prevenção ou a redução da necessidade dos clientes em acessar o serviço de emergência. As potencialidades identificadas foram: promoção da comunicação entre a equipe multiprofissional e demais provedores de cuidado em saúde; promoção da ligação com o médico da atenção primária; melhora da qualidade do cuidado; satisfação do paciente; redução da custos; e redução das visitas e das admissões inapropriadas ao departamento de emergência. O gerenciamento de casos quando utilizado no serviço de emergência resultou em: diminuição da superlotação; melhoria do serviço e da satisfação da equipe com o trabalho prestado; necessidade de treinamento da equipe; e aumento das consultas ambulatoriais. O gerenciamento de casos favorece a coordenação e a continuidade do cuidado e é fundamental para a promoção da

transição ideal do cuidado de pacientes com necessidades complexas, que busquem ultrapassar os limites do cuidado tradicional nos serviços de emergência.

**Palavras-chave:** administração de caso; assistência centrada no paciente; cuidado transicional; revisão; serviços médicos de emergência.

## ABSTRACT

BRAZ, P.G.C.G. **Scoping review of case management in the care transition of people with complex needs in the emergency services.** 2019. 139p. Master's Dissertation - Stricto Sensu Graduate Program in Health Care, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

Case management is a key strategy to promote adequate care transition in the emergency services. It is an integrated, holistic, comprehensive and interdisciplinary approach to promote better outcomes and ensure continuity of care throughout health services. The purpose of this scoping review was to map and synthesize scientific evidence regarding the characteristics, key strategies, outcomes, and potentialities of implementing case management interventions in care transitions in the emergency services. The methodological assumptions of the Joanna Briggs Institute were adopted in line with the recommendations of Levac, Colquhoun and O'Brien. A systematized search was carried out in the following databases: MEDLINE via PubMed, Web of Science via CAPES Periodicals, CINAHL, EMBASE via OVID, and LILACS via VHL. The gray literature was accessed through Google scholar and the reference lists of the studies were evaluated. The synthesis of the interventions was described considering the target population; professionals and central actions; strategies employed; characteristics and potentialities of the case management. Of the 25 studies included, the majority were published in the United States (16 articles) and Canada (4 articles). Case management intervention has played a central role in coordinating high complexity care, especially for frequent users who have complex psychosocial and clinical needs, and in some cases has included family members. Interventions models carried out by multidisciplinary teams were prevalent, which, in collaboration with care providers at different levels of the health system, should promote a holistic and integrative approach to the care. The case manager assumes the central role of communicating with the patient via telephone and promoting the connection with the primary care physician in order to ensure the transmission of all information necessary for the continuity and follow-up of the care after discharge from the emergency service. It was found that screening strategies with risk assessment, individualized and progressive care planning, and coordination of care by establishing effective communication among the multidisciplinary teams in the different care settings were critical for favorable outcomes of the interventions implemented. The main concern was identified with the optimization of the care process for the prevention or reduction of the need of the clients to access the emergency service. The potentialities identified were: promotion of communication between the multidisciplinary team and other health care providers; promotion of the connection with the primary care physician; improved quality of care; patient satisfaction; reduction of costs; and reduction of inappropriate visits and admissions to the emergency department. When used in the emergency services case management resulted in: reduction of overcrowding; improvement of the service and the satisfaction of the team with the work provided; need for training the team; and increased outpatient visits. Case management favors coordination and continuity of care and is critical for the promotion of the optimal care transition for patients with complex needs, seeking to overcome the limits of traditional care in the emergency services.

**Keywords:** case management; patient-centered care; transitional care; review; emergency medical services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figuras

- Figura 1 - Síntese das etapas do processo de gerenciamento de caso 35
- Figura 2 - Fluxograma referente à seleção e ao processo de inclusão dos estudos 58

### Quadros

- Quadro 1 - Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos 36
- Quadro 2 - Competências, atitudes, habilidades e metas do gestor de caso 45
- Quadro 3 - Síntese dos critérios de elegibilidade para o *scoping review* 52
- Quadro 4 - Descritores controlados e não controlados 53
- Quadro 5 - Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados 129
- Quadro 6 - Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência, 2018 134
- Quadro 7 - Ações centrais do processo de gerenciamento de casos nos serviços de emergência, 2018 64
- Quadro 8 - Síntese das estratégias implementadas nas intervenções de gerenciamento de casos em serviços de emergência, 2018 70
- Quadro 9 - Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência 77

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da produção científica sobre gerenciamento de caso em serviços de emergência por ano, tipo de estudo e país, Goiânia, 2018	60
----------	---	----

## LISTA DE SIGLAS

### SIGLAS

ACMA	<i>American Case Management Association</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCMC	<i>The Commission for Case Manager Certification</i>
CMASA	<i>Case Manager Association of South África</i>
CMSA	<i>Case Management Society of America</i>
CMSA	<i>Case Management Society of Australia and New Zealand and Affiliates</i>
CMSUK	<i>Case Management Society of United Kingdom</i>
CMSS	<i>Case Management Society of Singapore</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EMBASE	<i>Excerpta Medica dataBASE</i>
EMR	<i>Eletronic Medical Record</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe e Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCMN	<i>National Case Management Network of Canadá</i>
PUBMED	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>21</b>
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>22</b>
3.1	A continuidade e o cuidado transicional nos serviços de emergência	22
3.2	Aspectos históricos e conceituais do gerenciamento de caso	27
3.3	Etapas operacionais para o gerenciamento de caso	33
3.4	Competências, atitudes, habilidades e metas do gestor de caso	43
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>49</b>
4.1	Tipo de estudo	49
4.2	Identificação da questão de pesquisa	49
4.3	Crerios de inclusão	50
4.3.1	Participantes	50
4.3.2	Conceito	50
4.3.3	Contexto	51
4.3.4	Tipo de estudo	51
4.4	Busca sistematizada e seleção dos estudos	52
4.5	Extração dos dados	54
4.6	Síntese dos dados	55
4.7	Rigor metodológico	55
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>57</b>
5.1	Descrição dos estudos	57
5.2	O processo de gerenciamento de casos em serviços de emergência	60
5.2.1	População-alvo das intervenções de gerenciamento de casos	61
5.2.2	Ações centrais no processo de gerenciamento de caso e profissionais de saúde envolvidos	63
5.2.3	Estratégias empregadas para o gerenciamento de caso	69
5.2.4	Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de casos implementadas em serviços de emergência	76
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>98</b>

<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>109</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>112</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>128</b>
	<b>APÊNDICE A-</b> Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.	128
	<b>APÊNDICE B-</b> Formulário de mapeamento dos dados	132
	<b>APÊNDICE C-</b> Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência	133

## 1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde mundiais enfrentam diversos desafios, sobretudo no que diz respeito à necessidade de adotarem modelos assistenciais centrados no indivíduo, na família e na comunidade, em busca de favorecer a continuidade e a coordenação do cuidado em saúde. Para tanto, são utilizadas estratégias que promovem a transição segura e qualificada deste cuidado, nos diferentes níveis que compõem as redes de atenção à saúde (COLEMAN; BOULT, 2003; COLEMAN *et al.*, 2007; MENDES, 2012).

Nesse contexto, um primeiro e fundamental passo consiste em organizar os modelos de gestão do cuidar com ênfase no estabelecimento do primeiro contato com os serviços de saúde, na longitudinalidade, na integralidade e na coordenação do cuidado em saúde. Tais modelos devem ter a atenção primária como coordenadora dos cuidados em saúde (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

Estudos evidenciam que os usuários dos sistemas de saúde demandam transições de cuidados complexos, em decorrência de agravos agudos e crônicos agudizados. Além disso, necessitarão de cuidados críticos e semicríticos disponíveis em tempo hábil para garantir a segurança do atendimento (COLEMAN; BOULT, 2003; COLEMAN *et al.*, 2007).

Dessa forma, as redes integradas de cuidados precisam ter como foco a agilidade do atendimento inicial e o encaminhamento eficaz do paciente para os demais níveis de atenção à saúde, ao longo do *continuum* do cuidado (MENDES, 2012). Esse aspecto demanda que gestores, profissionais de saúde e pesquisadores estejam efetivamente engajados no debate contínuo para a busca de estratégias resolutivas, que permitam lidar e gerenciar adequadamente essa complexa realidade.

No entanto, apesar dos avanços nessa concepção teórica, tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento encontram, na prática, fragilidades para a gestão da transição do cuidado nos serviços de emergência (ACOSTA, 2016; ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWSTER; RUDELL; LESSER, 2001; FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014; KUMAR; KLEIN, 2013).

Existem barreiras e desafios que comprometem a adequada coordenação da transição do cuidado, relacionados a fatores como superlotação hospitalar, escassos leitos de terapia intensiva e déficits para a regulação do paciente na rede de atenção à saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; SANTOS *et al.*, 2013). Além disso, nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, as emergências caracterizam-se notadamente como locais de elevada demanda e permanência de pacientes crônicos por tempo prolongado (BRASIL, 2011; MENDES, 2012; SANTOS *et al.*, 2013; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

As superlotações nos serviços de emergência resultam em longos tempos de espera, aumento do sofrimento, acomodações inadequadas, falta de insumos, medicamentos, exames e diagnósticos necessários para uma efetiva continuidade do cuidado (WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

Gerenciar a superlotação nesses ambientes é um desafio, tendo em vista a constante procura por parte de pacientes de baixo risco, a necessidade de lidar com as complicações decorrentes da permanência de pacientes crônicos, as dificuldades de acesso a atendimentos de maior complexidade e, principalmente, a exigência de promover a resolutividade e manter a qualidade do cuidado, mesmo em um ambiente com todas essas adversidades (BRASIL, 2011; SANTOS *et al.*, 2013).

Considera-se que a superlotação nos serviços de emergência decorra da falta de comunicação e de continuidade do cuidado na atenção primária à saúde no que se refere à prevenção de doenças e promoção da saúde e da escassez de leitos hospitalares para atender complicações decorrentes da descontinuidade do cuidado (WATKINS; PATRICIAN, 2014).

Estudo desenvolvido por Santos e Lima (2011) assinalou que os serviços de emergência possuem caráter imediatista e consistem em ambientes instáveis e superlotados, dadas as diversidades e complexidades das pessoas neles atendidas diariamente. Tais características, por sua vez, favorecem a permanência de pacientes com necessidades de cuidados complexos enquanto aguardam, muitas vezes além do tempo preestabelecido, a transferência para leitos hospitalares (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016; BOLTZ *et al.*, 2013; BRASIL, 2017; BRASIL, 2011; TEMPLE *et al.*, 2017).

Trata-se de um contexto que resulta em constante sobrecarga de trabalho e estresse moral à equipe multiprofissional que atua nesses setores, além de graves prejuízos para a sociedade (SANTOS *et al.*, 2013).

As origens dessas fragilidades são complexas e envolvem fatores multidimensionais relacionados, especialmente, à elevada demanda de atendimento, muitas vezes não condizente com as necessidades específicas dos usuários. Nesse sentido, considera-se necessário implementar a gestão do processo de transição, sobretudo no contexto dos serviços de emergência (ACOSTA, 2016; ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWSTER; RUDELL; LESSER, 2001; FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014; KUMAR; KLEIN, 2013).

Segundo uma revisão integrativa conduzida no Brasil, os fatores que contribuem para a sobrecarga dos departamentos de emergência são: estruturação insuficiente da rede de serviços de saúde, ampla demanda de usuários para esses serviços, desorganização da própria unidade, baixa qualidade do atendimento e gastos desnecessários. São barreiras que comprometem a garantia dos direitos de cidadania, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, e contribuem para a permanência desnecessária de inúmeros pacientes nos serviços de emergência (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Estudos brasileiros afirmam que a permanência de pacientes em leitos de observações, em serviços de emergência, ocorre porque não são disponibilizados leitos de internação por meio de um fluxo resolutivo, o que obstrui a capacidade dessas unidades (GARLET *et al.*, 2009, POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

Dessa forma, os setores de emergência acabam hospitalizando os pacientes com necessidades de cuidados complexos em seu próprio espaço, contribuindo para o desordenamento e improvisação, descaracterizando a real finalidade desse serviço. Essa forma de gerenciamento impede a oferta de um atendimento de emergência qualificado, além de inviabilizar condições adequadas para a prática do cuidado (GARLET *et al.*, 2009). Priorizar o estabelecimento de um fluxo de atenção às urgências hospitalares em tempos oportunos resultaria em otimização do atendimento, resolutividade, proteção da vida e diminuição dos custos em saúde (VINTON *et al.*, 2014).

Estudo qualitativo realizado em um pronto atendimento brasileiro identificou que pacientes com necessidades de cuidado complexo atendidos nas emergências têm sua integridade física comprometida em virtude do longo período de espera por leitos hospitalares (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao número reduzido de profissionais, muitas vezes despreparados para o cuidado em ambientes superlotados, repletos de carências organizacionais importantes, o que também impõe graves prejuízos para o cuidado em saúde (RIVERS *et al.*, 2002). Percebe-se, então, que este contexto de espera por leitos de UTI, atrasos em transporte, falta de recursos nas urgências e não continuidade do cuidado diminui as chances de sobrevivência dos pacientes que ali permanecem (RIVERS *et al.*, 2002).

Estudo que avaliou a qualidade da transição do cuidado do serviço de emergência para o domicílio de pacientes com doenças crônicas alertou para a importância da implementação de planos de cuidado centrados no paciente, capazes de garantir a transição segura para os demais serviços da rede e condizentes com a real condição clínica de cada paciente. A pesquisa destacou o papel do enfermeiro na coordenação desta transição e considerou fundamental a articulação entre os serviços de saúde (ACOSTA, 2016).

Santos e Lima (2011) concordam que a principal preocupação dos serviços de emergência recai sobre a entrada dos pacientes e pouca atenção é conferida ao processo de transição do cuidado. Outro aspecto importante refere-se à demanda elevada de atendimento e aos altos custos nesses serviços, uma vez que um grupo de usuários frequentemente busca atendimento nesses locais em diversas ocasiões e por motivos distintos (ALTHAUS *et al.*, 2011; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013).

Essas pessoas possuem necessidades de cuidados complexos, múltiplas comorbidades crônicas, requerem diversos provedores de cuidado e apresentam um histórico de hospitalizações frequentes (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009; GROVER *et al.*, 2010; GROVER *et al.*, 2016; KUMAR; KLEIN, 2013; OKIN *et al.*, 2000; PHANEUF, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2006; POPE *et al.*, 2000; ROBERTS *et al.*, 2007; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009). No entanto, a reiterada presença desses usuários

nos serviços de saúde, em especial naqueles de emergência, é inapropriada e atribuída tanto a uma dificuldade de acesso a outros serviços como à ausência de coordenação do cuidado. Esse fato tem o potencial de influenciar negativamente na qualidade do cuidado ofertado a essas pessoas e elevar o custo dos cuidados em saúde, assim como das taxas de mortalidade e do gasto de recursos destinados à saúde (FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013). Nesse contexto, não só o planejamento da alta do paciente fica comprometido como há prejuízos para a transferência das informações clínicas essenciais para a transição do cuidado (SILVA, 2011; STARFIELD, 2011).

Pode-se, portanto, antever a ocorrência de quebra na continuidade do cuidado de pessoas com necessidades complexas nas emergências, pois as lacunas para a adequada promoção da transição deste cuidado impõem uma série de riscos e expõem pacientes a práticas inseguras, muitas vezes ineficazes. Assim, o grande desafio reside em minimizar os déficits na comunicação e aprender a coordenar o cuidado, tornando os pacientes e familiares parceiros efetivos no processo de tomada de decisão para a coordenação do cuidado (PINES; ANPLIN, 2011).

É fundamental qualificar o processo de transição dos cuidados, em especial dos serviços de emergência para aqueles de atenção primária à saúde, a fim de melhorar o seguimento do paciente após a alta e evitar futuras readmissões nos serviços de emergência e, conseqüentemente, hospitalizações desnecessárias (ATZEMA; MACAGLAN, 2017).

A transição de cuidados consiste em um conjunto de ações para garantir a coordenação e continuidade da assistência aos pacientes e promover uma transferência segura e oportuna de um nível do cuidado para outro. Os cuidados de transição baseiam-se em: um plano abrangente de cuidados; comunicação; uso seguro de medicamentos; educação do paciente e família para promoção do autogerenciamento; apoio social e comunitário; participação da equipe multidisciplinar visando atender as necessidades de cuidados complexas dos pacientes; coordenação do cuidado; monitorização e seguimento (COLEMAN, 2003; COLEMAN; BOULT, 2003; NAYLOR *et al.*, 201; SNOW *et al.*, 2009; BURKE *et al.*, 2013).

Destaca-se, como uma das estratégias recomendadas para aprimorar o processo de transição do cuidado, o gerenciamento de casos, que tem demonstrado resultados promissores em termos de qualificar o atendimento, promover qualidade de vida, reduzir as hospitalizações desnecessárias e, conseqüentemente, os custos dos cuidados em saúde (BOULT *et al.*, 2009; BROWN *et al.*, 2012; HONG; SIEGEL; FERRIS, 2014; KIM; SOEKEN, 2005; NCMN, 2009; NELSON, 2012).

O gerenciamento de caso é um processo colaborativo que envolve o planejamento, a advocacia, a facilitação, a coordenação do cuidado, o monitoramento e a avaliação dos serviços, segundo as necessidades de saúde do cliente. Viabiliza-se por meio da comunicação entre os diversos membros da equipe multiprofissional, para atender as necessidades de saúde do paciente e promover resultados efetivos em termos de qualidade do cuidado e custos em saúde (ACMA, 2002; CMSUK, 2009; CMSA; 2012; 2016; CCMC, 2017; MENDES, 1998; NCMN, 2009; PHANEUF, 2005; TAHAN; TREIGER, 2017).

Durante as transições, gestores de caso atuam como advogados que ajudam o paciente a entender a sua situação de saúde, facilitam e coordenam atividades necessárias para o cuidado adequado e asseguram que ele receba os serviços necessários para garantir sua segurança e a continuidade do cuidado (CMSA, 2010; CMSA, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Apesar de ser uma ação consolidada internacionalmente, em países como Canadá (ALTHAUS *et al.*, 2011; HUDON *et al.*, 2017; SORIL *et al.*, 2015), Estados Unidos (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; WALSH; ZANDER, 2014), Austrália (PHILLIPS *et al.*, 2006), Suíça (BODENMANN *et al.*, 2017), Suécia (EDGREEN *et al.*, 2016) e Inglaterra (SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009), observa-se escassez de estudos que evidenciem a importância do gerenciamento de casos nas transições do cuidado dos serviços de emergência para os demais níveis de atenção à saúde (DREYER, 2014).

Em busca inicial no MEDLINE via PUBMED para realização do estudo, foram identificadas algumas revisões sobre a temática nos serviços de emergência (ALTHAUS *et al.*, 2011; HUDON *et al.*, 2016; KUMAR; KLEIN, 2013), entretanto, na prática percebe-se que algumas lacunas dificultam a promoção de uma adequada transição do cuidado de pacientes com necessidades complexas

nestes serviços, apesar da literatura mostrar que o gerenciamento de casos parece contribuir para promoção da continuidade e da coordenação do cuidado a esta população.

Segundo os resultados de uma revisão sistemática com meta-análise, a intervenção de gestão de casos diminuí a taxa de readmissão. Os autores destacaram a necessidade de mais estudos para investigar a eficácia da gestão de casos em outros contextos, inclusive nos serviços de emergência (JOO; HUBER, 2018; KIM; SOEKEN, 2005).

Dos diversos benefícios atribuídos ao gerenciamento de casos, podem ser destacados: promoção do cuidado transicional, contínuo e centrado na pessoa; eficácia e efetividade quando aplicado a vários grupos em diferentes configurações; e capacidade de reduzir custos (JOO; HUBER, 2017; JOO; HUBER, 2018; KIM; SOEKEN, 2005).

Embora não tenha sido objetivo primário das revisões identificadas, os pesquisadores também mencionaram a necessidade de sintetizar e aprofundar o conhecimento sobre as diferentes características e estratégias utilizadas nas intervenções de gerenciamento de casos, apontando diretrizes e potencialidades para utilizar essa intervenção no contexto da emergência (ALTHAUS *et al.*, 2011; GROVER *et al.*, 2010; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; HONG; SIEGI; FERRIS, 2014; HUDON *et al.*, 2016; KUMAR; KLEIN, 2013).

Assim, diante do exposto e considerando os potenciais benefícios do gerenciamento de caso para a qualidade da transição do cuidado, optou-se por realizar um *scoping review*, a fim de mapear e sintetizar evidências científicas sobre as principais características e estratégias centrais das intervenções para promoção da continuidade e transição do cuidado nos serviços de emergência.

Acredita-se que, por meio da síntese das evidências de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, profissionais, gestores e organizações em saúde poderão refletir e identificar novos caminhos e possibilidades que permitam incorporar a gestão de caso como estratégia capaz de viabilizar o acesso universal e equitativo e garantir o cuidado seguro e eficaz às pessoas, famílias e comunidades.

Nesse sentido, os resultados deste estudo contribuem para identificar características, estratégias e potencialidades, assim como para apresentar modelos eficazes de intervenção de gerenciamento de caso em serviços de

emergência. Além disso, evidenciam implicações futuras para a pesquisa e prática clínica mediante a incorporação dessa intervenção.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Mapear evidências científicas sobre intervenções de gerenciamento de caso na transição do cuidado nos serviços de emergência.

### **2.2 Objetivo específico**

- Descrever as características das intervenções de gerenciamento de caso na transição do cuidado nos serviços de emergência.
- Identificar as estratégias-chave empregadas nas intervenções de gerenciamento de caso nas transições do cuidado nos serviços de emergência.
- Sintetizar os resultados e as potencialidades da implementação das intervenções de gerenciamento de caso nas transições do cuidado nos serviços de emergência.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A continuidade e o cuidado transicional nos serviços de emergência

A transição epidemiológica e o envelhecimento populacional trazem para os sistemas de saúde a necessidade de modelos de cuidado que efetivamente atendam às demandas vivenciadas por usuários diante de inúmeras necessidades complexas, decorrentes das multimorbidades crônicas, do uso de múltiplos medicamentos e da exigência de seguimento e monitoramento contínuos nos serviços de saúde (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009).

Essas pessoas são vulneráveis a problemas clínicos e sociais graves e, portanto, necessitam de diferentes configurações de cuidados em saúde, especialmente nas transições entre os níveis de atenção à saúde. Para isso, é necessária uma estrutura operacional que promova uma abordagem abrangente, compreensiva e sincronizada do cuidado em saúde (ABRAHAM; KANNAMPALLIL; PATEL, 2012; ATZEMA; MACLAGAN, 2017; COLEMAN; BOUL, 2003; COLEMAN, *et al.*, 2006).

Neste contexto, faz-se fundamental a compreensão de que é no *continuum* do cuidado que os profissionais devem estabelecer suas ações para garantir a qualidade e a segurança do cuidado em saúde. Compreende-se *continuum* do cuidado como o processo em que há uma combinação das necessidades contínuas de um indivíduo com o nível apropriado de atendimento, por uma equipe de profissionais de saúde capacitados, atuando de modo coordenado, colaborativo e eficiente para garantir a resolutividade e continuidade do cuidado (FINKELMAN, 2019).

Em todo o *continuum* do cuidado, a rede de atenção à saúde deverá centrar suas atividades em ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado paliativo, pois isso contribui para garantir ao usuário a continuidade do cuidado e a resposta imediata e oportuna para suas necessidades. Nesse sentido, é fundamental a operacionalização da rede de atenção à saúde, por meio da efetiva interligação entre os serviços de emergência, hospitalares, ambulatoriais, equipes de atenção domiciliar, instituições de longa permanência e unidades de cuidados paliativos (BRASIL, 2015; MENDES, 2011; MENDES, 2015).

Essa interligação dos serviços de saúde visa promover ações efetivas que assegurem a continuidade do cuidado, considerando as necessidades clínicas e sociais do paciente e o contexto familiar e comunitário no qual ele está inserido (FINKELMAN, 2019; HAGGERTY *et al.*, 2003). Para tanto, é necessário incorporar nos espaços assistenciais estratégias para a continuidade informacional, gerencial e relacional (HAGGERTY *et al.*, 2003; FINKELMAN, 2019).

A continuidade informacional requer a transferência adequada de informações completas sobre o histórico do paciente e da família (estado de saúde, preferências, valores, contexto em que vive) e pressupõe o estabelecimento de uma comunicação eficaz e efetiva do serviço com os usuários (GUTHRIE *et al.*, 2008; HAGGERTY *et al.*, 2003; FINKELMAN, 2019). Trata-se, portanto, de um componente fundamental para o atendimento em saúde, no sentido de favorecer a transferência oportuna e segura do cuidado, além de ajudar a planejar a assistência e garantir a segurança do paciente no atendimento (ALVARADO *et al.*, 2006).

Entre as ações que representam a continuidade informacional eficaz estão: estabelecimento de uma boa comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde; comunicação eletrônica oportuna e efetiva entre os profissionais; contato pessoal e vinculação entre profissionais, pacientes e familiares, por meio de encontros e discussões informais; definição de rotinas para alta e a manutenção do seguimento; e comunicação pós-alta (FINKELMAN, 2019; FREEMAN; HUGHES, 2010).

A continuidade relacional se preocupa em desenvolver o relacionamento e a vinculação entre o paciente e os cuidadores formais (profissionais da saúde). Isso, no entanto, requer que os profissionais de saúde, pacientes e familiares estejam efetivamente envolvidos no processo de construção do plano de cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde por meio do compartilhamento de informações apreendidas por meio dos registros formais, das entrevistas e conversas, de modo a estabelecer uma relação de confiança (FREEMAN; HUGHES, 2010; GUTHRIE *et al.*, 2008;).

A continuidade gerencial visa estabelecer a responsabilização dos cuidadores formais pelo cuidado do paciente e da família, por meio de planos e protocolos de gestão, para o acompanhamento e a coordenação do cuidado, de forma a promover e assegurar uma transição segura (GUTHRIE *et al.*, 2008). A continuidade gerencial é desejável nos sistemas de saúde, porém, alcançá-la, apresenta-se como um complexo desafio para os sistemas de saúde (FREEMAN; HUGHES, 2010).

Entre as ações com potencial para promover a continuidade gerencial do cuidado estão: gestão clínica por meio do trabalho colaborativo de uma equipe multiprofissional; engajamento dos usuários no processo de tomada de decisão terapêutica e no estabelecimento de metas para o autogerenciamento do cuidado; comunicação eficaz de informações tanto para os usuários quanto para os demais provedores de cuidado; e navegação e coordenação dos cuidados entre os diversos serviços de saúde (FREEMAN; HUGHES, 2010).

Em síntese, um cuidado integral e resolutivo requer que o paciente e a família disponham de acesso fácil e oportuno a um profissional confiável (continuidade relacional), que conheça suas necessidades e atue como defensor (*advocacy*) ao longo do *continuum* do cuidado. Esse profissional assume a responsabilidade pelo cuidado (continuidade gerencial), por entender toda a complexidade dos problemas de saúde do paciente e da família, e torna-se capaz de coordenar os serviços necessários para a resolução das demandas de cuidado. Além disso, disponibiliza informações (continuidade informacional) necessárias e significativas para estabelecer o plano de cuidados com o engajamento do paciente e de sua família (HAGGERTY *et al.*, 2003; NAYLOR; BERLINGER, 2016).

Uma importante estratégia para alcançar a continuidade do cuidado é a implementação de intervenções de cuidado transicional capazes de promover eficácia na assistência e reduzir custos dos diferentes serviços de saúde. Essas intervenções envolvem o planejamento de alta abrangente; comunicação completa e oportuna de informações; segurança no uso dos medicamentos por meio de reconciliação medicamentosa; educação do paciente e cuidador para o gerenciamento do cuidado; coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde; e seguimento do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde (BURKE *et al.*, 2013; COLEMAN; BOULT, 2003; COLEMAN *et al.*, 2007; DREYER, 2014; RENNKE; RANJI, 2015).

O foco central reside em promover a transferência oportuna e segura do paciente, maximizando os resultados e reduzindo os riscos relacionados a uma eventual quebra da continuidade do cuidado, tais como: perda do seguimento, permanência em locais inadequados para o cuidado condizente à sua condição clínica, demora para o diagnóstico e terapêutica, entre outros. Tais situações podem contribuir para evolução da doença e necessidade de internações nos serviços de emergência e leitos de UTI e, conseqüentemente, maiores prejuízos, riscos de vida e disfunções permanentes (BURKE *et al.*, 2013; MENDES, 2012).

As transições de cuidado do paciente no sistema de saúde exercem impacto direto na qualidade e segurança do paciente. No contexto da emergência, a transição de um paciente representa um período de alta vulnerabilidade e requer estratégias para coordenar o cuidado e garantir a continuidade do mesmo em outros contextos (COLEMAN, 2003; RIDER *et al.*, 2018). Uma das importantes problemáticas são os déficits da comunicação entre os provedores de cuidado que resultam em falta de coordenação e descontinuidade do cuidado, erros de medicação, visitas frequentes às unidades de emergência e hospitalares, eventos adversos e até morte do paciente. O cuidado pós-alta requer seguimento ambulatorial e a implementação de um plano de cuidado que atenda às reais necessidades dessa população (ATZEMA; MACLAGAN, 2016; WATKINS; PATRICIAN, 2014).

As intervenções de cuidado transicional têm sido associadas à diminuição de hospitalizações e também podem contribuir para a redução de custos e da utilização dos serviços de saúde, principalmente das visitas ao departamento de emergência. Elas incluem: implementação de sistemas eletrônicos para registro de informações clínicas e transferência apropriada de informações; aprimoramento da triagem dos pacientes, com ênfase na referência, sobretudo para atenção primária; elaboração de um plano de cuidados na admissão e para seguimento pós-alta; e estabelecimento de comunicação direta com os profissionais da atenção primária (ATZEMA MACAGLAN, 2017; COOK; RENDER; MADEIROS, 2000; GILL; MAINOUS; NSEREKO, 2009; RINDER *et al.*, 2018).

A ausência de comunicação entre o serviço ambulatorial e o hospitalar, a falta de médico na atenção primária que assuma a responsabilização pela coordenação e continuidade do cuidado do paciente, a baixa compreensão e o despreparo tanto do paciente como da família para o autogerenciamento do cuidado são fatores que contribuem para transições de cuidado deficientes (NELSON; PULLEY, 2015; SNOW *et al.*, 2009).

Considerando os modelos de cuidado transicional, tanto o modelo de Burke *et al.* (2013) quanto o de Naylor "*Transitional Care Model*" abordam aspectos importantes a serem contemplados durante a transição ao longo do *continuum* de cuidados. Destacam ainda o papel da enfermeira como responsável pelas ações de gerenciamento de casos e sua atuação em parceira com a equipe multiprofissional no desenvolvimento do plano de cuidados de transição, por meio de estratégias que incluem: planejamento de alta, reconciliação medicamentosa, seguimento telefônico,

cuidado centrado no paciente, educação do paciente e da família, comunicação com o paciente, a família, a equipe interdisciplinar e entre as diferentes configurações de cuidado do qual o paciente necessita (BURKE *et al.*, 2013; NELSON; PULLEY 2015).

Observa-se, na literatura científica, forte ênfase no cuidado transicional no contexto das emergências (ATZEMA MACAGLAN, 2017; RINDER *et al.*, 2018), em especial a utilização do gerenciamento de caso como estratégia gerencial do cuidado. Trata-se de um importante recurso para garantir o cuidado centrado no paciente e na família, assim como a continuidade e a qualidade do cuidado (ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWER, 1997; HUDON *et al.*, 2016; 2017; SORIL *et al.*, 2015; WALSH, 1999).

Transições de cuidados tem impacto direto na qualidade e segurança do paciente. Falhas na coordenação do cuidado ocorrem, principalmente, na transição de cuidado de um ambiente agudo para o ambulatorial. A coordenação do cuidado deve ser centrada no paciente e família, e atender as necessidades do paciente (MCDONALD *et al.*, 2014).

A maioria dos pacientes que procuram o serviço de emergência estão em condições de vulnerabilidade com necessidades de cuidados complexas, e não recebem transições de cuidados adequadas. Para isso a continuidade do cuidado com um médico da atenção primária, é necessária, entretanto, a comunicação entre os provedores de cuidados é fundamental (RIDER *et al.*, 2018).

Portanto, a transição de cuidado nos serviços de emergência requer uma abordagem sistêmica para melhorar a comunicação entre as diferentes configurações de cuidados e evitar readmissões neste setor. A fragmentação do cuidado e a ausência de integração entre os registros eletrônicos em saúde dos serviços da rede dificultam essa transição (HEWNER; SULLIVAN; YU, 2018).

Para um cuidado transicional eficaz e redução das readmissões hospitalares, é necessário a responsabilização dos profissionais e dos serviços, a transferência de informação (sistema telefônico, visitas) adequada, o feedback, a participação do paciente e da família (autogerenciamento), e a coordenação do cuidado (a ligação com um médico na atenção primária) (NELSON, 2015; SNOW *et al.*, 2009).

Portanto, a transição ideal do cuidado, de forma geral, envolve vários componentes: o planejamento de alta; a comunicação eficaz; a reconciliação medicamentosa; a educação do paciente e promoção do o autogerenciamento do cuidado; apoio do serviço social e da comunidade; o plano de cuidado individualizado; a coordenação do cuidado entre os provedores de cuidado nos diferentes níveis de

atenção; monitoramento e gerenciamento dos sintomas pós alta; e o seguimento pós transição. Esse modelo de cuidado pode ser aplicado no gerenciamento de casos na transição do cuidado de pacientes do departamento de emergência para outros contextos (BURKE *et al.*, 2013).

### **3.2 Aspectos históricos e conceituais do gerenciamento de caso**

Observa-se, mundialmente, que o cuidado em saúde se configura como complexo, ainda centrado no modelo hospitalocêntrico, focado na ocorrência episódica da doença, em detrimento da funcionalidade da pessoa e de suas demandas ao longo do enfrentamento do processo saúde e doença. Esse aspecto determina a fragmentação do cuidado, problemática que interfere na qualidade e segurança da assistência, em especial nas situações em que se faz necessária a transferência de informações entre os diferentes serviços da rede de saúde, ao longo do *continuum* do cuidado (ABRAHAM; KANNAMPALLIL; PATEL, 2012; FREEMAN; HUGHES, 2010).

O gerenciamento de casos visa otimizar o funcionamento e o bem-estar do cliente providenciando e coordenando serviços de alta qualidade, da forma mais eficiente e efetiva possível para os usuários dos sistemas de saúde. Esse modelo de intervenção envolve a comunicação e facilitação do acesso ao longo do *continuum* do cuidado, por meio da coordenação de recursos efetivos (ALTHAUS *et al.*, 2011; CMSA, 2010; PHANEUF, 2005; TAHAN; TREIGER, 2017).

Historicamente, a compreensão do gerenciamento de caso como estratégia para prestação de cuidados e contenção de custos em saúde iniciou-se em meados de 1900, nos Estados Unidos. Dados históricos demonstram que, em 1920, houve a incorporação do gerenciamento de caso nos serviços de psiquiatria, assistência social e atendimento domiciliar, direcionados a pacientes crônicos. A partir de 1930 foi incorporado como estratégia para nortear as visitas domiciliares de enfermeiros em saúde pública (CESTA; TAHAN; FINK, 2002; NCMN, 2009).

Esse modelo de gestão do cuidado, desde então, tem demonstrado ampla aplicabilidade no contexto hospitalar até o domiciliar e comunitário (CASARIN *et al.*, 2002; CESTA; TAHAN; FINK, 2002; JOO; HUBER, 2017; NCMN, 2009; PARK; HUBER, 2009).

Na década de 1990, foi registrada a Sociedade de Gerenciamento de Casos da América (*Case Management Society of America - CMSA*), considerada a primeira organização sem fins lucrativos de cuidado interdisciplinar em saúde dedicada ao apoio e desenvolvimento de profissionais gestores de casos (CMSA, 2010; CMSA, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Em 1995, essa instituição introduziu as diretrizes denominadas Padrões de Práticas para a Gestão de Casos (*Standards of Practice for Case Management*), as quais foram revisadas em 2002 e 2010. Essas diretrizes têm como principais objetivos: aprimorar a prática e orientar os serviços para o gerenciamento de casos e fornecer um ponto de referência para medir o desempenho de um gestor de caso. Trata-se de um guia operacional que descreve as práticas ideais de gerenciamento de caso (CMSA, 2010; CMSA, 2016; TAHAN; TREIGER, 2017).

Entre as mudanças identificadas após a utilização dos padrões de prática de saúde atual e descritas por pesquisadores americanos estão: diminuição da fragmentação do cuidado nos sistemas de saúde; utilização de evidências científicas na prática; promoção da navegação no sistema e transição do cuidado; expansão do cuidado de saúde interdisciplinar, por meio do planejamento de cuidados individualizados; e a melhoria da qualidade de vida e da segurança para o paciente (TAHAN; TREIGER, 2017).

Também foi instituída nesse período, nos Estados Unidos da América, a Comissão de Certificação de Gestores de Caso (*The Commission for Case Manager Certification - CCMC*), com a missão de promover o treinamento para que os profissionais desenvolvessem habilidades e competências para o cargo (CCMC, 2017; TAHAN; TREIGER, 2017). Além disso, foi publicado o Código de Conduta Profissional para Gestores de Caso (*The Code of Professional Conduct for Case Managers*), composto por princípios, regras e padrões de conduta profissional (CCMC, 2015).

O quadro de certificação da CCMC (2015) indica que o profissional gestor de caso possui a educação, as habilidades, o caráter moral e a experiência requerida para fornecer serviços de gerenciamento de casos apropriados fundamentados nos padrões para conduta relacionados a: defesa do cliente, responsabilidade profissional, relacionamento do paciente com o gestor de caso, confidencialidade (privacidade, segurança e manutenção de registros) e relacionamento profissional.

Na Austrália, o gerenciamento de casos foi implementado em meados de 1970 e tem sido utilizado tanto no serviço público quanto no privado, com a finalidade de promover o cuidado não fragmentado e vinculado ao serviço social (COOPER; ROBERTS, 2006; CMSA, 2017).

Em 1996, foi criada a Sociedade de Gestão de Casos da Austrália e da Nova Zelândia (*Case Management Society of Australia and New Zealand and Affiliates - CMSA*), um órgão de certificação, regulamentação e registro de gestores de casos. Neste país, o gestor de caso é visto como um especialista e tem a responsabilidade profissional de promover o avanço da gestão de casos como um modelo de prestação de serviços viável e uma profissão em desenvolvimento (COOPER; ROBERTS, 2006).

O CMSA adota os padrões de prática para o gerenciamento de casos (*National standards of practice for case management*) que especificam o nível mínimo a ser alcançado por um profissional durante todo o processo de gerenciamento e fornece a base para uma estrutura de melhores práticas e uniformidade (CMSA, 2018).

Outra entidade em destaque é a Rede Nacional de Gerenciamento de Casos do Canadá (*National Case Management Network of Canada - NCMN*), uma organização fundada em 2006, sem fins lucrativos, multidisciplinar dedicada ao suporte e avanço de profissionais gestores de caso. Em 2008, essa entidade criou os Padrões de Prática de Gerenciamento de Casos do Canadá (*Canadian Standards of Practice for Case Management*) (NCMN, 2009).

Esses padrões incluem a identificação de clientes elegíveis para o gerenciamento de casos, avaliação individual das necessidades do cliente, planejamento de estratégias para ações de gerenciamento de casos, implementação do plano e coordenação de serviços, reavaliação periódica e transição do cuidado (NCMN, 2009).

No Reino Unido, em 2002, foi fundada a *Sociedade de Gestão de Casos do Reino Unido (Case Management Society of United Kingdom - CMSUK)*, organização comprometida em oferecer os padrões de melhores práticas de gerenciamento de casos. Com a finalidade de aconselhar e orientar gestores de caso a lidarem com os desafios da profissão, tal organização publicou o documento *Standards of Practice and the Best Practice Guidelines* (CMSUK, 2008; 2009; 2017) e, juntamente com a Associação Britânica de Gerentes de Casos (*British Association of Case Managers*), em 2007, o Código de Ética dos gestores de casos (*Code of Ethics for Case*

*Managers*), definindo os princípios de valores, morais e éticos esperados desse serviço (CMSUK, 2008; 2009; 2017).

Na África do Sul, foi criada em 2009 uma associação sem fins lucrativos para promoção, apoio e desenvolvimento de gestores de caso denominada *Case Manager Association of South África* - CMASA (CMASA, 2013).

Em Cingapura, a associação é denominada *Case Management Society of Singapore* - CMSS, tendo sido criada em 2011, com a missão de fornecer gerenciamento de casos de alta qualidade aos seus clientes e ao sistema. O propósito da associação é garantir a continuidade e o cuidado centrado na pessoa. Essa instituição considera que a gestão de casos é uma prática avançada nas diferentes profissões de saúde (CMSS, 2017).

Observou-se, ao longo da revisão de literatura, uma série de documentações elaboradas por sociedades científicas direcionadas para o gerenciamento de casos (CMSA, 2016; CMSA, 2013; CMSUK, 2009; CCMC, 2017; CMASA, 2013; CMSS, 2017).

De modo geral, os propósitos do gerenciamento de casos demonstrados nos padrões de prática incluem: maior ênfase no trabalho do gestor de caso para o paciente e família, comunicação e colaboração dos diferentes provedores de cuidado, garantia da qualidade e da segurança, promoção de custos de cuidados efetivos e facilitação do acesso ao cuidado apropriado (CMSA, 2016; CMSA, 2013; CMSUK, 2009; CCMC, 2017; CMASA, 2013; CMSS, 2017; TAHAN; TREIGER, 2017).

O gerenciamento de casos nos sistemas de saúde é um modelo de prática colaborativa que inclui pacientes, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, outros provedores de cuidado, cuidadores e a comunidade (ACMA, 2002; TAHAN; TREIGER, 2017).

Trata-se de uma prática que engloba diferentes disciplinas (enfermeiros, assistentes sociais e membros da equipe multiprofissional) e níveis de cuidado no âmbito dos sistemas de saúde (CMSA, 2016; CMSA, 2013; CMSUK, 2009; CCMC, 2017; CMASA, 2013; CMSS, 2017)

Em geral, a população assistida por intervenções de gerenciamento de casos é composta por pacientes de alto nível de complexidade, os quais demandam um tipo de atendimento mais específico e prolongado, pois representam um alto custo para o sistema de saúde (GONZALES *et al.*, 2003).

Para isso, o gerenciamento de casos contempla um conjunto de atividades para atender os pacientes com necessidades de cuidados complexos e seus sistemas de apoio, com vistas à gestão de condições clínicas e problemas psicossociais de forma mais eficaz, a fim de melhorar o estado de saúde do paciente e reduzir a necessidade de serviços clínicos (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009).

A gestão de casos oferece uma excelente oportunidade para inovação da transição do cuidado entre os serviços de saúde e defesa do paciente (DANIELS, 2009). Essa modalidade de gestão do cuidado é definida como um processo colaborativo que envolve a avaliação, o planejamento, a facilitação, a coordenação do cuidado, o monitoramento e a advocacia por opções e serviços que atendam às necessidades de saúde do paciente de forma compreensiva. Baseia-se na comunicação e avaliação dos recursos dos serviços, para promover resultados efetivos em termos de melhorar a qualidade e reduzir os custos em saúde (CMSUK, 2009; CMSA; 2010; 2012; 2016; CCMC, 2015; 2017; MENDES, 1998; NCMN, 2009; PHANEUF, 2005; TAHAN; TREIGER, 2017).

Diferentes termos são utilizados para identificar este modelo de intervenção, tais como gerenciamento de casos (*case management*), gestão do cuidado (*managed care*), gerenciamento do cuidado (*care management*) e gerenciamento de cuidado de enfermagem (*nursing care management*) (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009; CRANE *et al.*, 2012; FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017; LEWIS, 2012; HUDON *et al.*, 2016; ROBERTS, 2007; ROMANIA, 2006; STOKES, *et al.*, 2015).

Os modelos atuais de gerenciamento de casos envolvem a concepção de gerenciamento do cuidado em saúde com foco no modelo de cuidado centrado em pessoas e com a perspectiva de garantir às pessoas a efetiva continuidade da atenção à saúde. Isso requer um sistema multidisciplinar de avaliação da saúde formado por um conjunto de passos lógicos e um processo de interação entre as redes de atenção à saúde, de modo a garantir a adequada transição do cuidado do paciente ao longo do sistema de saúde (CMSA, 2012; MENDES, 2011; YAMAMOTO; LUCEY, 2005).

Esse processo se caracteriza pela existência de um profissional que será responsável por alinhar as necessidades do paciente com o que está disponível na rede, além de planejar os cuidados, coordenar os serviços e monitorar os resultados das intervenções prestadas. É indicado para pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas, populações vulneráveis, com comorbidades, que apresentam problemas de alta dos serviços, pacientes com baixa adesão ao

tratamento, pessoas com problemas mentais graves ou aquelas com sucessivas readmissões hospitalares (MENDES; FERREIRA; PALNE, 2018).

O gerenciamento de casos é desencadeado pela identificação de um cliente que necessita de serviços de gestão de casos, seguido de uma revisão de informações importantes relacionadas com a situação de saúde deste indivíduo, com o objetivo de verificar se ele terá benefícios ao utilizar este serviço. Logo após, na fase da avaliação, coletam-se informações sobre a situação de um cliente (CCMC, 2018).

Trata-se de um processo que visa obter para o paciente um cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo, evitando cuidados fragmentados (FILKELMAN, 2018; TAHAN; TREIGER, 2017; SALLE *et al.* 2018). Isso facilita a promoção de cuidados efetivos e resultados de qualidade para o paciente. O gerenciamento de casos requer a colaboração, a cooperação e o esforço mútuo entre diferentes provedores de cuidado de saúde. Além disso, a coordenação visa organizar o cuidado para que este esteja acessível quando necessário. A comunicação é fundamental, pois o gestor de caso deve trabalhar com diversas pessoas, a fim de garantir que o paciente obtenha o cuidado requerido (FINKELMAN, 2018).

Existem duas formas de implementar o gerenciamento de casos. O primeiro, a nível administrativo, tem a função de coordenar os serviços e assegurar a comunicação entre os profissionais e as instituições ao longo da trajetória de cuidado do usuário no sistema de saúde. O segundo, no âmbito clínico, objetiva um planejamento eficaz e cuidado de qualidade multidisciplinar, ao longo do *continuum* do cuidado (GONZALES, *et. al.*, 2003; PHANEUF, 2008).

A prática de gestão de casos no ambiente de cuidados de saúde requer habilidades para atender o cliente de forma compreensiva e holística no que se refere a necessidades clínicas, psicossociais, comportamentais e espirituais; incentivar o autocuidado do cliente; e aumentar o envolvimento do indivíduo e cuidador no processo de tomada de decisão (CMSA; 2010; 2016; ROBERTS *et al.*, 2007; TAHAN; TREIGER, 2017).

Essa intervenção tem como foco central minimizar a fragmentação do cuidado dentro do sistema de cuidados à saúde, por meio de ações fundamentadas em evidências, com foco nas transições de cuidados. O objetivo central consiste em garantir os melhores resultados, utilizando as diretrizes padronizadas; trabalhar junto com a equipe interdisciplinar; melhorar a segurança e satisfação do cliente; favorecer

a adesão ao plano de cuidados para o cliente, incluindo a adesão à medicação (CMSA; 2010; 2016).

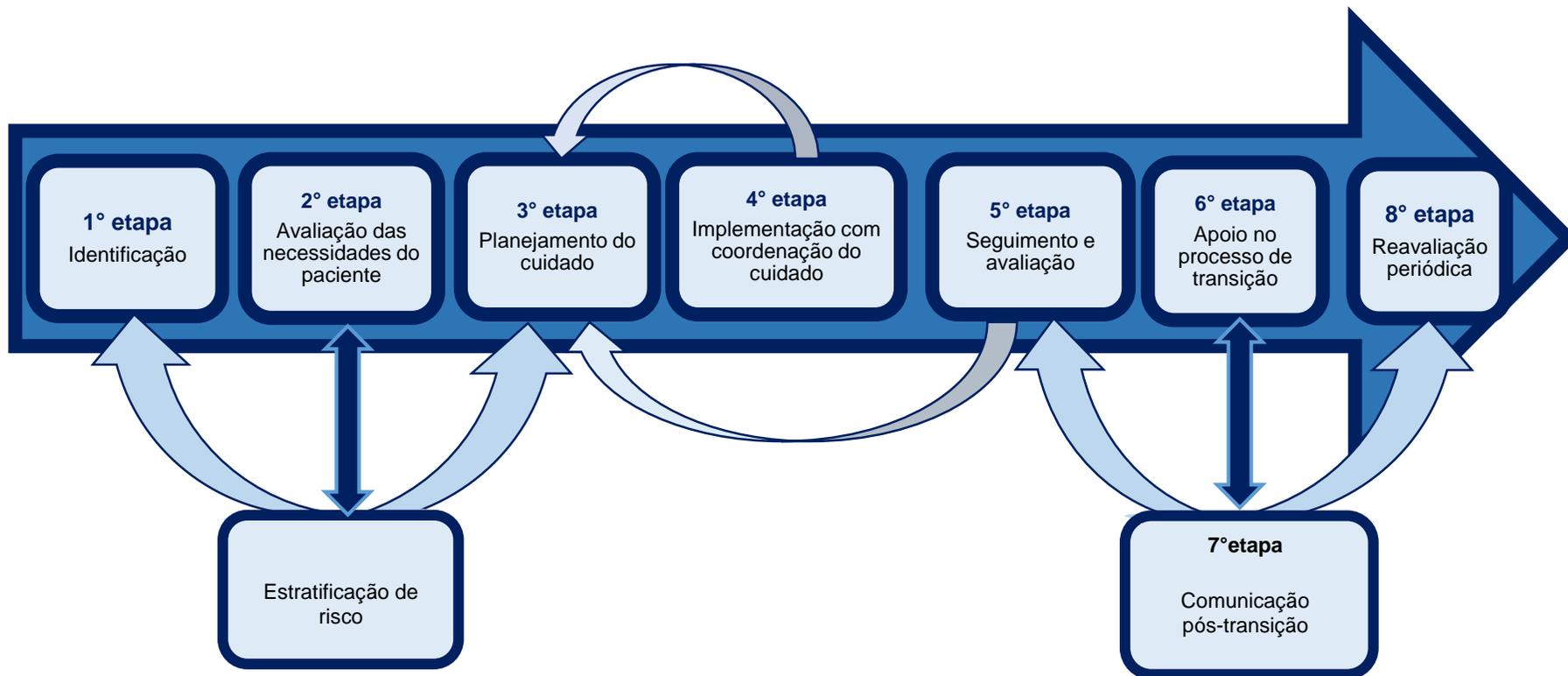
Em síntese, a gestão de caso ajuda o cliente a navegar no sistema e envolve uma gama de profissões. Trata-se de um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação e de defesa de um indivíduo para auxiliar os serviços de saúde, por meio de recursos de comunicação disponíveis, para promover a qualidade, custos de cuidados eficazes. Representa ainda um elo de ligação entre o cliente e os recursos apropriados disponíveis e facilita o desenvolvimento pessoal dos pacientes (COOPER; ROBERTS; 2006; TAHAN; TREIGER, 2017).

### **3.3 Etapas operacionais para o gerenciamento de caso**

O modelo ideal da prática de gerenciamento de casos é um processo lógico, interativo e cíclico, dentro de uma rede de serviços que garante que o paciente receba os serviços necessários de forma efetiva (CCMC, 2018). Trata-se de uma abordagem sistemática para a gestão do cuidado, que consiste em identificar o paciente que necessita de serviços de gerenciamento de casos, avaliar, constatar o problema, planejar o cuidado, transferir o cuidado, advogar, monitorar e avaliar os resultados das intervenções fornecidas e se as necessidades do pacientes foram de fato atendidas (TAHAN; TREIGER, 2017).

De modo geral, para pessoas com necessidades de cuidados complexos, o gerenciamento de caso poderá ser subdividido em oito etapas operacionais interdependentes e complementares: (1) rastreio/identificação (*screening*) e estratificação de risco (*stratifyingrisk*); (2) avaliação (*assessing*) das necessidades; (3) planejamento (*planning*); (4) implementação com coordenação do cuidado (*implementing*); (5) seguimento (*following-up*) e avaliação; (6) apoio no processo de transição (*transitioning*); (7) comunicação pós-transição (*communicating post transition*); (8) reavaliação (*evaluating*) periódica das necessidades do paciente e do seu progresso (CCMC, 2018; CMSA, 2010; CCMC, 2011; ACMA, 2013; CCMC, 2017; CMSA, 2016; CMASA, 2013; CMSUK, 2009; CMSS, 2017; NCMN, 2009; FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017; TAHAN, 2006; TAHAN; TREIGER, 2017). Essas etapas, quando necessário, podem ser revisadas pelo gestor de caso até o alcance do melhor resultado possível (CCMC, 2011). Para cada etapa do processo de gerenciamento de casos são definidos objetivos a serem alcançados e ações a serem

realizadas. As etapas e suas características estão descritas respectivamente na Figura 1 e Quadro 1.



**Figura 1** – Síntese das etapas do processo de gerenciamento de caso.

**Fonte:** Adaptado com base no modelo descrito pela Comissão de Certificação de Gestores de Caso (*Commission for Case Manager Certification*) CCMC, 2011.

**Quadro 1–** Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos.

Etapa	Objetivo	Ação
<p style="text-align: center;"><b>1º etapa</b></p> <p style="text-align: center;">Rastreamento ou Identificação com estratificação de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar pacientes com necessidades pós-agudas (classificação de risco) (ACMA, 2013; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>• Identificar recursos na comunidade e potenciais parceiros no cuidado (ACMA, 2013);</li> <li>• Avaliar o risco de readmissão (ACMA, 2013; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>• Determinar se o paciente se beneficiará com a implementação do gerenciamento de caso (ACMA, 2013; CCMC, 2011);</li> <li>• Verificar os critérios de elegibilidade do paciente para inclusão em um programa de gestão de caso (NCMN, 2009; TAHAN; TREIGER, 2017).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triagem pelo profissional gestor de caso para identificar a situação de saúde (aspectos clínicos e psicossociais) do indivíduo, assim como os serviços requeridos para atender às necessidades de saúde e que possam afetar o progresso do cuidado do paciente (ACMA, 2013; CCMC, 2011);</li> <li>• No momento da estratificação de risco o paciente é avaliado e classificado em relação aos riscos baixo, moderado e/ou alto, de acordo com suas necessidades clínicas e psicossociais, e determinado o nível adequado de intervenção, a fim de melhorar os resultados (ACMA, 2013; CCMC, 2011);</li> <li>• Intervenção precoce é promovida e são planejados os resultados desejados;</li> <li>• É realizada a defesa para solucionar as barreiras para garantir a continuidade do cuidado (ACMA, 2013).</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>2º etapa</b></p> <p style="text-align: center;">Avaliação das necessidades do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e identificar as necessidades do paciente e da família (ACMA, 2013; CCMC, 2011);</li> <li>• Identificar os principais problemas do paciente e da família a serem abordados, bem como as necessidades e os interesses individuais (CCMC, 2011);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão das informações coletadas na 1º fase e complementadas com as situações de saúde, psicossocial, financeira, seguro, moradia, disponibilidade de serviços e capacidade do paciente compreender a necessidade de autogerenciamento do cuidado (ACMA, 2013; CCMC, 2011);</li> <li>• Coleta de informações: contato telefônico, visitas com contato face a face, sistema de</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 1– Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos.**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver um plano de gestão de cuidados que atenda a esses problemas e necessidades (CCMC, 2011).</li> </ul>	<p>registro eletrônico nos serviços de saúde que contenha informações do cuidado prestado ao cliente, revisão de prontuários (registros atuais e anteriores) e comunicação com o serviço de seguro do paciente (CCMC, 2011);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informações coletadas nesta etapa incluem: dados sobre o paciente, família e cuidador; médico da família ou da atenção primária, análise dos registros clínicos hospitalares incluindo antigos e atuais dos serviços de emergência, equipes de saúde auxiliares, empregadores, medicamentos em uso, outros documentos administrativos e serviços de cuidados domiciliares (TAHAN; TREIGER, 2017).</li> </ul>
<p><b>3° etapa</b></p> <p>Planejamento do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer os objetivos específicos, as metas (de curto e longo prazo) e ações relevantes para satisfazer as necessidades do paciente (TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>Garantir o atendimento no <i>continuum</i> do cuidado (ACMA, 2013; CCMC, 2011).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvido um plano de cuidado individualizado que aborda tanto as necessidades clínicas quanto as psicossociais do cliente (ACMA, 2013; CCMC, 2011);</li> <li>Diminuir o risco de intervenções incompletas ou cuidado inapropriado e fornece indicador para a acreditação dos serviços de saúde (TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>Utilizado por toda a equipe envolvida no processo de gestão de caso (TAHAN; TREIGER, 2017).</li> </ul>
<p><b>4° etapa</b></p> <p>Implementação com coordenação do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar o plano de cuidados (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>Coordenar o cuidado (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>É executado o plano de gerenciamento e previstas todas as intervenções necessárias para cumprir as metas e os objetivos nele estabelecidos (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 1– Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos.**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliações das condições do paciente para tentar resolver os problemas identificados.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>5° etapa</b> Seguimento e avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar, acompanhar, avaliar e monitorar as respostas do paciente ao plano de cuidado implementado (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>• Reunir informações e compartilhá-las entre os profissionais (CCMC, 2011);</li> <li>• Identificar novas necessidades de cuidados do paciente para modificar o plano de cuidado e recomendar uma nova intervenção (CCMC, 2011).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizadas ações de revisão e avaliação, além de monitoramento e reavaliação das condições de saúde do paciente (necessidades e capacidade de autocuidado) (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>• Identificar as condições do paciente, o tratamento realizado e os resultados das intervenções (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>• Avaliação da eficácia e de eventual necessidade de adequações no plano de cuidado e seus efeitos sobre o estado de saúde do paciente (CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017);</li> <li>• Garantia de consultas, testes e procedimentos de maneira apropriada, eficiência na entrega de cuidados e intervenção para resolução de barreiras existentes nos serviços (ACMA, 2013);</li> <li>• O gestor de caso pode disponibilizar o contato telefônico para o paciente e família visando acompanhar sua evolução e resposta ao plano de cuidados e às intervenções propostas (ACMA, 2013; CCMC, 2011; TAHAN; TREIGER, 2017).</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 1– Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos.**

<p style="text-align: center;"><b>6° etapa</b></p> <p style="text-align: center;">Apoio no processo de transição</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir e manter a continuidade dos cuidados do indivíduo em todos os níveis de cuidados necessários para atender o cliente (CCMC, 2011);</li> <li>• Responsabilizar todos os profissionais pelo cuidado prestado ao indivíduo dentro da rede de serviços de saúde (CCMC, 2011);</li> <li>• Facilitar o progresso do cuidado por meio do avanço do plano de cuidados, com objetivo de alcançar os resultados desejados e integrar o trabalho da equipe de cuidado em saúde para o alcance das metas definidas (ACMA, 2013);</li> <li>• Garantir o desenvolvimento seguro e efetivo do plano de cuidado por meio da identificação precoce e de uma avaliação minuciosa das necessidades do paciente e dos recursos (ACMA, 2013);</li> <li>• Assegurar a designação de responsabilidades entre os membros da equipe para cada aspecto do plano evitando a duplicação e fragmentação do cuidado (ACMA, 2013);</li> <li>• Organizar e transferir responsabilidades para outros serviços externos envolvidos no plano de cuidados (ACMA, 2013);</li> <li>• Monitorar o progresso do cumprimento de metas do plano (ACMA, 2013);</li> <li>• Garantir revisões em respostas às mudanças nas necessidades do paciente (ACMA, 2013);</li> <li>• Identificar, comunicar e resolver as barreiras que impedem o progresso do cuidado; e otimizar resultados ao longo do <i>continuum</i> (ACMA, 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimento, caminho percorrido pelo paciente nas unidades de saúde, entre os diversos setores, serviços e níveis de atenção à saúde (CCMC, 2011);</li> <li>• A transição ocorre de acordo com as condições de saúde do cliente e serviços apropriados e necessários para garantir o cuidado integral do paciente no sistema de saúde (CCMC, 2011);</li> <li>• O planejamento do gerenciamento de transição tem início no momento em que começa o processo de gerenciamento de casos e no decorrer dele, ou seja, na admissão, no departamento de emergência, na alta e na comunidade, e é reavaliado e ajustado ao longo do caminho percorrido pelo paciente (ACMA, 2013);</li> <li>• Preparo do paciente e do sistema de apoio para alta para o domicílio ou para a transferência a outra unidade de saúde, ou para o médico da atenção primária para continuidade dos cuidados nesta configuração (CCMC, 2011);</li> <li>• Comunicação com compartilhamento de informações entre paciente, equipe multidisciplinar, provedor de cuidado primário e sistemas de apoio (CCMC, 2011);</li> <li>• O paciente recebe orientações que visam educá-lo sobre os cuidados pós-transição para que ele tenha maior aderência ao</li> </ul>
--	---	---

**(Continuação) Quadro 1– Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos.**

		plano de cuidados estabelecido (CCMC, 2011).
<p><b>7° etapa</b></p> <p>Comunicação pós-transição</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer a comunicação entre configurações de cuidados (CCMC, 2011);</li> <li>• Transferir informações (ACMA, 2013);</li> <li>• Verificar as respostas à intervenção de gerenciamento de casos (CCMC, 2011).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizada de forma verbal ou escrita, é a base para que os conhecimentos sobre o paciente sejam transferidos de uma configuração de cuidado para outra e para colaboração e construção de relacionamentos (ACMA, 2013);</li> <li>• Consiste na verificação das respostas à intervenção de gerenciamento de casos, tais como: conforto do paciente com relação ao seu autocuidado; adesão medicamentosa; disponibilidade de serviços de pós-transição; solicitação de feedback sobre a experiência e satisfação do paciente com os serviços prestados durante o processo; verificação dos problemas e busca de resolução; e transferência de informações adquiridas com prestadores de serviços (CCMC, 2011).</li> </ul>
<p><b>8° etapa</b></p> <p>Reavaliação periódica (TAHAN; TREIGER, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e reavaliar as respostas do cliente ao plano de cuidado implementado;</li> <li>• Avaliar a necessidade de reavaliar e adequar o plano de cuidados;</li> <li>• Avaliar a segurança, o conforto, a satisfação e o conhecimento sobre autogerenciamento do paciente e da família;</li> <li>• Examinar a adesão do paciente ao plano de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação das respostas do paciente ao plano, da necessidade de adequações ao plano e a respeito da satisfação do paciente (TAHAN; TREIGER 2017).</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 1– Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos.**

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responder às questões do paciente, da família ou do cuidador;</li><li>• Verificar a necessidade de novas intervenções;</li><li>• Confirmar os serviços pós-alta;</li><li>• Determinar a necessidade de concluir o processo de gerenciamento de casos baseado nas condições do paciente e da família.</li></ul>	
--	--	--

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Há vários critérios para que um paciente seja incluído em um programa de gerenciamento de casos, dos quais se destacam: idade superior a 65 anos, dificuldade para controlar a dor, história de doença mental ou uso abusivo de substância, risco de suicídio, histórico de doença crônica ou terminal, questões sociais (falta de moradia), visitas repetidas ao departamento de emergência, recorrentes admissões e necessidade de admissão ou de transição para um cuidado pós-agudo (CMSA, 2010; CCMC, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Após a identificação e seleção é realizada uma avaliação abrangente das necessidades de cuidado do paciente no que se refere a: história de saúde, família ou cuidador, admissões e nível de cuidado apropriado, acesso ao médico da saúde da família ou provedor de cuidado primário, registros médicos hospitalares (idade, recorrência de visitas ao serviço de emergência), status nutricional, necessidades de educação em saúde, avaliação financeira (seguro de saúde, acesso a serviços), avaliação funcional, psicológica e espiritual, emprego e medicamentos em uso (CMSA, 2010; CCMC, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Para cada paciente é desenvolvido um plano de cuidado individualizado por um gestor de caso em colaboração com a equipe multidisciplinar, a fim de estabelecer metas de tratamento, priorizar necessidades e determinar os tipos de serviços e recursos requeridos. Quando bem desenvolvido, o plano de cuidados ajuda a diminuir o risco de intervenções incompletas ou inapropriadas do cuidados, evitando o cuidado fragmentado e promovendo a continuidade do cuidado (CMSA, 2010; CCMC, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

A implementação do plano e a coordenação do cuidado ocorrem na fase seguinte. Esta etapa objetiva a resolução de problemas por meio de intervenções de gerenciamento de casos, tratamento clínico e instituição de um plano de cuidado transicional (CMSA, 2010; CCMC, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017). Logo após, ocorre o seguimento com avaliação do plano de gerenciamento de cuidado.

Na avaliação, os resultados da aplicação do plano de cuidados são mensurados. Objetivos, metas e intervenções são avaliados, assim como seus efeitos sobre as condições do paciente. Dessa forma, esta avaliação tem reflexos nos resultados que envolvem a assistência clínica e financeira, qualidade de vida, experiência e satisfação do paciente, funcionamento físico, psicossocial e

emocional, capacidade de autogerenciamento do cuidado, conhecimento do estado e saúde e, sobretudo, nas adequações do plano de cuidados (CCMC, 2011).

Os resultados do processo de gerenciamento de casos são descritos em relatórios e resumos do processo que expressam a qualidade do cuidado, os custos e o investimento. Essas informações são repassadas para a equipe de liderança, prestadores de cuidados, paciente, equipe multiprofissional e gestores de casos (CCMC, 2011).

### **3.4 Competências, atitudes, habilidades e metas do gestor de caso**

Estudos mostram que profissionais gestores de caso têm papel fundamental durante o processo de transição do cuidado em diferentes contextos e são reconhecidos como necessários para a coordenação e a continuidade do cuidado do paciente (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; RINKE *et al.*, 2012).

No processo de transição do cuidado, o acesso a uma pessoa que conhece as necessidades do paciente e da família, atuando como um defensor dentro do sistema de saúde, é necessário. Este profissional é denominado gestor de caso e tem a missão de estabelecer o vínculo de confiança e identificar e fornecer informações precisas e atualizadas sobre as necessidades clínicas e sociais do paciente, as quais são fundamentais para a elaboração de planos de cuidados adequados. Além disso, ele é o responsável por coordenar este plano no âmbito dos serviços de saúde, com o propósito de garantir uma maior resolutividade (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Os gestores de caso são advogados que ajudam o paciente a entender sua situação de saúde e o que pode ser feito ou não no decorrer de seu tratamento. Assumem o papel central na liderança do planejamento do cuidado e devem guiar o paciente, fornecendo um cuidado com a colaboração da equipe multiprofissional e capacitando o paciente para atingir metas efetivas e eficientes (CMSA, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Poderão exercer o papel de gestor de caso profissionais da saúde, incluindo enfermeiros, assistentes sociais ou qualquer outro membro da equipe de saúde que tenha como função essencial a defesa do paciente, da família ou

da comunidade (CASARIN *et al.*, 2003; CCMC, 2015; CMSA, 2010; FINKELMAN, 2019; TAHAN; TREIGER, 2017).

A equipe de cuidado de saúde interdisciplinar de gerenciamento de casos possui características relacionadas à elaboração de planos de cuidados e metas a serem atingidas em comum, tem funções e papéis apropriados e utiliza mecanismos de compartilhamento de informações, de supervisionar as transferências de planos de cuidados e intervenções, para avaliar resultados e modificar planos, se necessário (ACMA, 2002; CMSA, 2010; CCMC, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Para isso, o gerente de caso necessita dispor de habilidades e práticas específicas para garantir a qualidade, as quais envolvem um conjunto de aspectos de eficiência, eficácia, segurança, aproximação, participação e equidade que o capacitam a se responsabilizar pelo paciente em todas as fases do cuidado (FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017). É essencial que este profissional coordene um plano de cuidados e estabeleça metas a serem seguidas para o progresso terapêutico do paciente (CMSUK, 2009). Além disso, faz-se fundamental construir um relacionamento, estabelecer comunicação eficaz, realizar avaliação contínua e análise crítica e apresentar a capacidade de planejamento (CMSA, 2010).

Nesse sentido, esse profissional possui funções que envolvem a facilitação da comunicação com o paciente e família promovendo a educação; identificação e avaliação das necessidades de cuidado do paciente; desenvolvimento e implementação do planejamento do cuidado; advocacia; comunicação e coordenação do paciente para recursos e nível de cuidado apropriados; e o monitoramento e avaliação dos resultados encontrados (CCMC, 2018; CMSA, 2010; CCMC, 2017; FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017; KATHLEEN; ZANDER, 2004; TAHAN, 2006).

O gestor de caso gerencia o paciente em todo o processo do cuidado em parceria com a equipe multidisciplinar; promove uma escuta abrangente das suas necessidades; otimiza o uso de recursos dos serviços de saúde; garante a coordenação e a continuidade do cuidado; promove a contenção de gastos e assegura uma transição suave em todo o *continuum* de cuidados. Essas condutas, por sua vez, contribuem para maior satisfação do paciente e da família (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009; CASARIN, *et al.*, 2003; FABBRI;

MARIA; BERTOLACCINI, 2017; MENDES, *et. al.*, 2017; PHANEUF, 2008; YAMAMOTO; LUCEY, 2005).

A gestão realizada pelo gestor de caso, a facilitação, a coordenação, e a avaliação das intervenções e ações necessárias para que o paciente receba o cuidado adequado englobam o processo de gerenciamento de casos (TAHAN; TREIGER, 2017). De modo geral, as competências, atitudes e habilidades requeridas de um profissional gestor de casos e as metas a serem atingidas estão sintetizadas no Quadro 2.

Dessa forma, gestores de casos precisam utilizar princípios orientadores para a prática, tais como: abordagem de parceria colaborativa e centrada no cliente; facilitar a autodeterminação e o autocuidado por meio da advocacia; tomada de decisão compartilhada e educação; usar uma abordagem abrangente e holística; promover a utilização de cuidados baseados em evidências; promover a segurança do cliente; ser o elo do paciente com os recursos da comunidade; auxiliar o cliente a navegar no sistema de saúde em busca da resolutividade do caso; promover resultados de qualidade e avaliá-los constantemente (CMSA, 2010; TAHAN; TREIGER, 2017).

No processo de gerenciamento de casos o paciente é acolhido no serviço pelo gestor de caso, com quem estabelece um vínculo. Por meio do diálogo, são coletadas as informações relevantes para avaliar sua condição clínica e social e, assim, identificar a rede de apoio e as necessidades de cuidados que deverão constar do plano de cuidado para a promoção de uma assistência não fragmentada (PHANEUF, 2005).

Esse profissional utiliza seu próprio julgamento e experiências profissionais para determinar se alguma ação sugerida é adequada, oportuna e relevante para o progresso e melhora do paciente (CMSUK, 2009). São reconhecidos como participantes experientes e vitais na equipe de coordenação do cuidado, pois têm a função de promover o empoderamento das pessoas para compreender e acessar um cuidado de saúde equitativo e eficiente (CMSA, 2010).

**Quadro 2–** Competências, atitudes, habilidades e metas do gestor de caso.

<b>Competências</b>
Fortalecer o desenvolvimento do processo de gerenciamento de casos
Promover serviços centrados e o relacionamento com o paciente
Avaliar as prioridades e mudanças do cliente
Compreender experiências individuais e solucionar problemas
Lidar com o paciente, trabalhar em equipe, desenvolver e implementar um plano de cuidados
Aprimorar as habilidades do paciente para interagir com a comunidade para atingir as metas
Promover ligação com pessoas dentro do sistema para acesso a recursos e serviços necessários para o progresso do cuidado
Monitorar a entrega de serviços; avaliar os resultados;
Seguimento na transição
<b>Atitudes e Habilidades</b>
Pensamento crítico
Liderança para resolução de problemas
Tomada de decisão
Trabalhar em equipe
Comunicação
Negociação
Elaborar, supervisionar, avaliar e adequar planos de cuidados
Facilitador
Educador
Defensor
<b>Metas</b>
Advogar para atender às necessidades do indivíduo e da família
Aumentar a satisfação do paciente
Estimular a adesão aos cuidados prescritos
Ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos
Assegurar a continuidade do cuidado na rede de atenção
Reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas
Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuário do serviço
Melhorar a colaboração da equipe multiprofissional
Reduzir, sem prejuízo de qualidade, a permanência nas unidades de saúde
Promover qualidade de vida e autonomia das pessoas
Estimular o autocuidado
Monitorar os planos de tratamento
Assistir o paciente e a família para acessar os diferentes pontos da atenção à saúde adequados às suas necessidades
Avaliar as altas de serviços e prevenir readmissões

**Fonte:** Elaborado pelas autoras com base em CMSA, 2010; MENDES, 2012; PHANEUF, 2005; TAHAN; TREIGER, 2017.

O gestor de caso não se omite ao identificar um problema em torno do cuidado ao paciente, tampouco nas situações em que não há um seguimento aos protocolos necessários para o cuidado de qualidade. Pelo contrário, este profissional escuta, analisa a situação, revisa o prontuário e comunica a equipe multiprofissional, para garantir um cuidado de qualidade e eficaz. Ele também identifica metas a serem atingidas com o objetivo de defender o paciente e

promover uma transição oportuna e segura (DANIELS, 2009; FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017).

Este profissional assume a responsabilidade por avaliar as necessidades de saúde do cliente; educar e planejar o plano de cuidados com o cliente, familiar e equipe multidisciplinar; facilitar a comunicação e coordenação; envolver o cliente na tomada de decisão; minimizar a fragmentação dos serviços; incentivar o uso adequado dos serviços de saúde; melhorar a qualidade e a resolutividade desses serviços; manter a eficácia de custo; auxiliar o cliente na transição segura ao longo do *continuum* do cuidado; e, principalmente, advogar para o cliente (CMSA, 2010).

A construção do relacionamento positivo do paciente com o gestor de caso envolve: comunicação escrita e verbal eficaz; capacidade de efetuar a mudança e realizar a avaliação contínua; uso do pensamento e análise crítica; capacidade de planejar e organizar de forma eficaz; promover a autonomia do cliente; e conhecimento das fontes de financiamento, dos serviços de saúde, da dinâmica do comportamento humano, da prestação de cuidados de saúde, dos sistemas de financiamento, de padrões clínicos e resultados (CMSA, 2010; CMSUK, 2009; NCMN, 2009).

Cabe ao gestor de caso decidir a forma adequada de gerir o caso, para oferecer o melhor serviço da maneira mais eficiente possível e de distintos modos, podendo ser a distância, por telefone ou contato face a face, dependendo da complexidade do caso (CMSUK, 2009).

Portanto, o processo e os resultados do serviço de gerenciamento de casos podem ser diretamente influenciados pela qualidade da relação mantida entre o gerente de caso e o cliente, a qual deve objetivar o uso apropriado do poder, assim como o estabelecimento de uma relação de confiança, respeito e empatia, evitando a vulnerabilidade do cliente ao serviço (CMSUK, 2009).

Os gestores de casos são prestadores integrais de cuidado, pois fornecem serviços importantes em todo o *continuum* do cuidado (TAHAN, 2006; TAHAN; TREIGER, 2017). No entanto, essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como um ponto que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

Assim, para otimizar os serviços oferecidos ao paciente é necessário priorizar a comunicação e a colaboração de todos os profissionais envolvidos no cuidado, ou seja, o gestor de caso, o cliente, o sistema de apoio, o provedor de cuidado primário e todos os outros serviços requeridos para atender às necessidades do paciente (CCMC, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um *scoping review* conduzido segundo os pressupostos metodológicos do Instituto Joanna Briggs (*Joanna Briggs Institute - JBI*) (JBI, 2015; KHALIL *et al.*, 2016; PETERS *et al.*, 2015), em consonância com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) e norteado pelo checklist *Prisma Scoping Review* (TRICCO *et al.*, 2018).

Revisões do tipo *scoping review* têm por finalidade mapear globalmente as evidências científicas válidas de estudos qualitativos ou quantitativos, acerca de um fenômeno que se considera novo para a ciência. O mapeamento é construído por meio de uma ampla revisão cuja meta é descrever um conceito, identificar avanços e lacunas do conhecimento, sem necessariamente avaliar a qualidade metodológica dos estudos, de modo a tornar os conceitos-chave mais claros e contribuir para a prática clínica (JBI, 2015; KALIL *et al.*, 2016; PETERS *et al.*, 2015).

Neste *scoping review* foram percorridas cinco etapas metodológicas para mapear a produção científica sobre o gerenciamento de caso em serviços de emergência: (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes (critérios de inclusão/exclusão); (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento e extração dos resultados; e (5) síntese dos resultados.

### 4.2 Identificação da questão de pesquisa

O presente *scoping review* buscou examinar as características das intervenções de gerenciamento de caso em serviços de emergência e mapear as evidências sobre as características das intervenções, estratégias empregadas e potencialidades dessas intervenções para melhorar a transição do cuidado neste contexto.

Definiu-se a questão norteadora da pesquisa por meio da estrutura mnemônica PCC - População, Conceito e Contexto (JBI, 2015). A população do estudo foi representada por pessoas adultas e idosas com necessidades de cuidados complexos. O conceito central do estudo foi o gerenciamento de casos, e o contexto foi

relacionado a transições do cuidado de pacientes com necessidades de cuidados complexos nos serviços de emergência.

A revisão foi conduzida pelas seguintes questões de pesquisa: *Quais as principais características, estratégias e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso descritas na literatura para pessoas com necessidades de cuidados complexos na transição do cuidado em serviços de emergência?*

### **4.3 Critérios de inclusão**

#### **4.3.1 Participantes**

Foram incluídos estudos nos quais os participantes eram pessoas adultas (18 anos ou mais) e idosas (maiores de 60 anos) com necessidades de cuidados complexos, atendidas nos serviços de emergência, independentemente do sexo, nível socioeconômico e diagnóstico.

São pessoas com necessidades de cuidados complexos: usuários frequentes com multimorbidades, pacientes crônicos, pacientes psiquiátricos, pacientes em busca de opióides em decorrência de dor crônica e/ou dependência química e pacientes desabrigados que visitam mais frequentemente o departamento de emergência, com risco de admissão para internação ou novas admissões por não obterem acesso e nem terem garantida a continuidade de cuidados de saúde adequados e oportunos na atenção primária, o que sobrecarrega o setor da emergência (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; HUDON *et al.*, 20017; LOCKER *et al.*, 2007; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; REINIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008).

#### **4.3.2 Conceito**

O conceito de interesse foram as intervenções de gerenciamento de caso com ênfase na melhoria da qualidade da transição do cuidado de pessoas com necessidades de cuidados clínicos e sociais complexos.

Neste estudo, compreende-se o gerenciamento de caso como um processo que envolve o planejamento, a implementação, a coordenação, o monitoramento e a

avaliação dos serviços, segundo as necessidades de saúde do cliente, por meio de comunicação entre os diferentes membros da equipe multiprofissional, com vistas à promoção de resultados efetivos e de qualidade (CMSUK, 2009; CMSA; 2012; 2016; CCMC, 2017; MENDES, 1998; NCMN, 2009; PHANEUF, 2005).

Trata-se de uma intervenção que objetiva garantir e otimizar a coordenação e a continuidade durante a transição do cuidado no âmbito do sistema de saúde e promover resultados de qualidade para a população-alvo, além de reduzir custos em saúde (PHANEUF, 2008).

#### 4.3.3 Contexto

O contexto desta revisão incluiu os serviços de emergência. Estudos conduzidos em centros comunitários, instituições de longa permanência e outros ambientes de cuidados em saúde foram excluídos.

#### 4.3.4 Tipo de estudos

Foram incluídas evidências tanto de estudos quantitativos como de qualitativos. Os primeiros contemplaram ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos quase experimentais do tipo antes e depois, estudos prospectivos e retrospectivos, estudos caso-controle e estudos transversais analíticos. No componente qualitativo, optou-se por incluir estudos com diferentes abordagens, tais como estudos descritivos, fenomenológicos, etnográficos, pesquisa-ação e teoria fundamentada nos dados. Também foram incluídas revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise) e metassínteses.

A literatura cinzenta incluída consistiu em documentos publicados por organizações governamentais, instituições acadêmicas e notas técnicas, sendo identificados por meio do *Google Scholar*. Excluíram-se teses e dissertações, editoriais e comentários.

O quadro 3 apresenta a síntese dos critérios preestabelecidos para a inclusão dos estudos no *scoping review*.

**Quadro 3** – Síntese dos critérios de elegibilidade para o *scoping review*.

Critério de Inclusão	Critério de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participantes</b> - pessoas adultas (18 anos ou mais) e idosas (maiores de 60 anos), independentemente do sexo, nível socioeconômico e diagnóstico médico, com necessidades de cuidados complexos.</li> <li>• <b>Conceito</b>— estudos que relatassem intervenções utilizando o gerenciamento de caso em situações de transição do cuidado.</li> <li>• <b>Contexto</b> – atendimento nos serviços de emergência.</li> <li>• <b>Tipo de estudo:</b> Estudos quantitativos (ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos quase experimentais do tipo antes e depois, estudos prospectivos e retrospectivos, estudos caso-controle e estudos transversais analíticos). Estudos qualitativos (descritivos, fenomenológicos, etnográficos, pesquisa-ação e teoria fundamentada nos dados). Revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise) e metassínteses. A literatura cinzenta incluiu documentos publicados por organizações governamentais, instituições acadêmicas e notas técnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos conduzidos em centros comunitários, instituições de longa permanência e outros serviços de cuidados em saúde foram excluídos;</li> <li>• Editoriais, comentários, teses e dissertações;</li> <li>• Artigos não disponíveis na íntegra nas bases de dados preestabelecidas;</li> <li>• Estudos que não apresentem as etapas descritivas das intervenções de gerenciamento de casos.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

#### 4.4 Busca sistematizada e seleção dos estudos

Realizou-se uma busca inicial no MEDLINE (via PUBMED) e no CINAHL (via OVID) para analisar as palavras-chaves contidas nos títulos e resumos e os descritores controlados usados nas publicações identificadas.

Com base nesta análise foi construído, para a segunda etapa, um quadro de descritores controlados e não controlados que contemplou: conceitos-chave relacionados ao paciente com necessidades de cuidados complexos, transição do cuidado, gerenciamento de caso e serviços médicos de urgência. Os principais

descritores controlados utilizados foram: “critical care”, “continuity of patient care”, “transitional care”, “case management” e “emergency medical services” (Quadro 4).

**Quadro 4 –** Descritores controlados e não controlados.

<b>Estrutura mnemônica PCC</b>	<b>Descritores controlados:</b>		<b>Descritores não controlados:</b>
	<i>Medical Subject Headings MESH</i>	Descritores em Ciências da Saúde DeCS	Palavras-chave <b>Keywords</b>
<b>População</b> <i>Critical care</i>	“critical care”, “patient care”	“cuidados críticos”, “assistência ao paciente”	“complex needs care”, “acute care”, “hospital critical care”, “critical care”
<b>Conceito</b> <i>case management, transicional care e patient centered care</i>	“Continuity of patient care”, “Transitional care”, “Patient discharge”, “Patient transfer”, “Patient handoff”, “Patient-Centered Care”, “patient Navigation”, “Patient care management”, “Patient care planning”, “case management”, “Managed care programs”, “Case managers”	“Continuidade da assistência ao paciente”, “cuidado transicional”, “transferência de pacientes”, “administração de caso”, “gerentes de caso”, “programas de assistência gerenciada”, “navegação de pacientes”, “administração de cuidados ao paciente”, “planejamento de assistência ao paciente”, assistência centrada no paciente”.	“Nurse case management”, “Nurse case manager”, “Case management”, “patient advocacy”, “care transitional”, “transitional of care”, “care transitions”, “transfer of patient care”, “care coordination”, “patient centered”
<b>Contexto</b> <i>emergency department</i>	“Emergency service, hospital”, Primary health care”, “Emergency medical services”, “Emergency medical Service Communication Systems”, “Emergency Treatment”	“serviço hospitalar de emergência”	emergency, “Prehospital emergency care”, “Emergency Care Prehospital”, “emergency department”

**Fonte:** Elaborado pelas autoras.

Adotou-se uma estratégia de busca compreensiva e abrangente, conduzida segundo as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI, 2015), com o objetivo de identificar estudos sobre o gerenciamento de caso nos serviços de emergência

publicados até junho de 2018, nos idiomas inglês, português e espanhol. Não houve limite para a data inicial da busca e não foram marcados limites por data para a busca. Nesta etapa foi definida, para cada base, uma estratégia de busca diferente utilizando os operadores booleanos (AND e OR) (Apêndice A- Quadro 5).

Na terceira etapa, buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe e Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *US National Library of Medicine Institute of Health* (PUBMED), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via OVID e EMBASE (*Excerpta Medica dataBASE*) via OVID. Também foram acessadas a Coleção Principal da *Web of Science* e o *Google scholar*.

O acesso a cada base de dados não foi realizado simultaneamente, priorizou-se o acesso em cada base de forma independente e semanalmente por cada revisor. As publicações identificadas inicialmente foram exportadas para o *software Endnote X 7.4* - um importante recurso para garantir o rigor no procedimento de acesso e organização das referências. Após excluídas as referências duplicadas, na quarta etapa, fez-se a leitura dos títulos e resumos, para selecionar os estudos a serem incluídos para a leitura na íntegra que consistiu na quinta etapa. Na sexta e última, etapa foram checadas as listas de referências dos estudos incluídos para a busca de outros potencialmente elegíveis.

#### **4.5 Extração dos dados**

Os dados relevantes dos estudos incluídos foram extraídos conforme a metodologia proposta por Peters *et al.* (2015). Esses dados foram inseridos em um formulário de mapeamento (APÊNDICE B) que contemplou aspectos relacionados às características gerais das produções científicas, tais como: autor; instituição de vínculo do(s) autor (es); título do estudo; título do periódico; ano da publicação; descritores; palavras-chave; fator de impacto. Outras informações específicas foram extraídas, a saber: tipo e características das intervenções; população; amostra; critérios de elegibilidade; local do estudo; resultados e principais conclusões dos autores.

Para o mapeamento dos dados foram considerados aspectos pertinentes à descrição das intervenções, dos domínios de gerenciamento de caso identificados e dos desafios, bem como avanços na implementação da intervenção.

#### **4.6 Síntese dos resultados**

A síntese narrativa dos resultados foi subdividida em três etapas: (a) descrição dos estudos incluídos; (b) comunicação dos resultados referentes às intervenções de gerenciamento de caso; (c) síntese dos resultados em termos de suas implicações para a prática clínica e pesquisa nesta área (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010; PETERS *et al.*, 2015).

Os resultados deste *scoping review* foram apresentados por meio de quadros temáticos (Quadro 6 – Apêndice C e Quadro 9) contendo as intervenções de gerenciamento de casos descritas nos estudos analisados para pacientes com necessidades complexas no contexto da emergência. Em seguida, realizou-se a análise descritiva, de forma ampla e abrangente, dos principais conceitos-chave, resultados relevantes e estratégias de gerenciamento de caso relacionadas à temática do estudo.

Os resultados foram descritos considerando-se os quatro níveis propostos por Hudon *et al.* (2017) relacionados a: 1. População-alvo; 2. Profissionais de saúde e ações centrais; 3. Estratégias empregadas; e 4. Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de casos implementadas em serviços de emergência.

#### **4.7 Rigor metodológico**

A elaboração das estratégias de busca para cada base de dados selecionada foi precedida de treinamentos por meio de tutoriais e manuais disponíveis no site da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta da Escola de Enfermagem da USP.

Todas as etapas foram realizadas por uma equipe de dois revisores, com treinamento na busca de informações científicas. Para garantir o rigor metodológico, esses revisores participaram de reuniões semanais, para que pudessem acompanhar atentamente o processo de seleção. A busca foi realizada por base semanalmente, e

os estudos identificados exportados para o gerenciador de referências *Endnote*, e para cada base de dados foram criadas arquivos individuais.

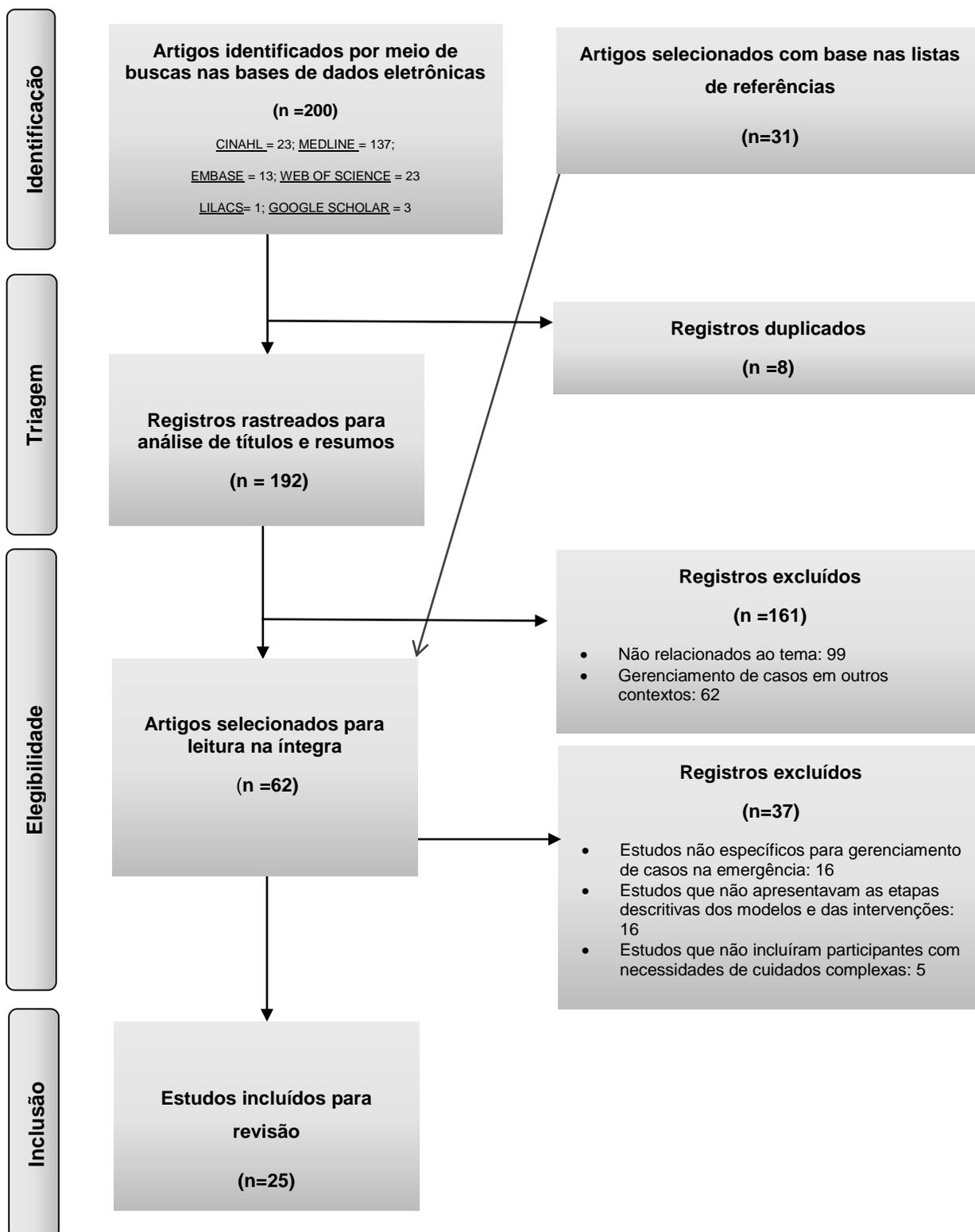
Em seguida, foram removidos os estudos duplicados por base, e criado uma pasta geral contendo todos os artigos selecionados em cada busca por base. Logo após, os títulos e os resumos desses estudos foram lidos, e as referências foram incluídas ou excluídas de acordo com os critérios de elegibilidade, permanecendo os artigos para leitura na íntegra.

Destaca-se que não houve discordância entre os revisores em nenhuma etapa. Tal como previsto nas recomendações deste tipo de revisão, não foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos analisados (PETERS *et al.*, 2015).

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Descrição dos estudos**

Por meio da estratégia de busca implementada identificou-se, inicialmente, um total de 200 artigos. Após a exclusão de oito citações duplicadas e de 161 que não atenderam aos critérios de elegibilidade, 31 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Nesta etapa foram incluídos, com base na avaliação das listas de referências, outros 31 artigos. No entanto, após a leitura na íntegra desses 62 artigos, 37 foram excluídos por não abordarem, especificamente, o gerenciamento de casos nos serviços de emergência. A amostra final analisada correspondeu a 25 artigos (Apêndice C). O fluxograma que sintetiza a seleção e o processo de inclusão está apresentado na Figura 2.



**Figura2** – Fluxograma, segundo PRISMA, referente à seleção e ao processo de inclusão dos estudos no *scoping review* (TRICCO *et al.*, 2018).

**Fonte:** Elaborado pelas autoras

A maioria dos estudos revisados foi publicado entre 2014 e 2018 e conduzido nos Estados Unidos (16 artigos) e no Canadá (4 artigos). As abordagens metodológicas utilizadas foram: estudos experimentais (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; REINIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008), quase experimentais (LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; RINKE *et al.*, 2012), observacionais (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013), revisões sistemáticas sem meta-análise (ALTHAUS *et al.*, 2011; KUMAR; KLEIN, 2013; SORIL *et al.*, 2015), revisão de análise temática (HUDON *et al.*, 2017) e outras modalidades (relatos de experiência e artigos de reflexão) (ANONYMOUS, 2014; BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; SALLEE *et al.*, 2018; WALSH; ZANDER, 2014; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003; WALSH, 1999). Esses resultados estão descritos na Tabela 1 e o detalhamento consta do Apêndice C.

**Tabela 1-** Distribuição da produção científica sobre gerenciamento de caso em serviços de emergência por ano, tipo de estudo e país, Goiânia, 2018.

Variável	N (25)	% (100)
<b>Ano</b>		
≤ 2003	6	24
2004  --  2008	3	12
2009  --  2013	7	28
2014  --  2018	9	36
<b>Tipo de estudo</b>		
Estudos experimentais	4	16
Estudos quase experimentais	5	20
Estudos observacionais	5	20
Revisões sistemáticas sem meta-análise	3	12
Revisão de análise temática	1	4
Outros (artigos de reflexão e relatos de experiência)	7	28
<b>País</b>		
Estados Unidos	16	64
Canadá	4	16
Austrália	1	4
Suécia	2	8
Reino Unido	1	4
Suíça	1	4

**Fonte:** Elaborada pelas autoras.

## 5.2 O processo de gerenciamento de casos em serviços de emergência

Para a apresentação da síntese dos resultados sobre o processo de gerenciamento de casos na transição do cuidado em serviços de emergência foram utilizados os quatro níveis propostos por Hudon *et al.* (2017): 1. População-alvo das intervenções de gerenciamento de casos; 2. Profissionais de saúde e ações centrais no processo de gerenciamento de caso; 3. Estratégias empregadas para o gerenciamento de caso; e 4. Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de casos implementadas em serviços de emergência.

### 5.2.1 População-alvo das intervenções de gerenciamento de casos

O gerenciamento de casos responde às necessidades complexas do paciente e visa promover o autogerenciamento do cuidado e melhorar a integração desta população com os serviços de saúde (HUDON *et al.*, 2015). No contexto dos serviços de emergência, verificou-se que a intervenção de gerenciamento de casos assumiu papel central em termos de coordenar o cuidado de alta complexidade, principalmente para usuários frequentes que possuem necessidades psicossociais e clínicas complexas (ALTHAUS *et al.*, 2011; BONDENMAN *et al.*, 2017; HUDON *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; PHILLIPS *et al.*, 2006; POPE *et al.*, 2000; RINKE *et al.*, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SORIL *et al.*, 2015). Em alguns casos, tais intervenções também incluíram os familiares desses pacientes (HUDON *et al.*, 2017; POPE *et al.*, 2000; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

Os estudos analisados mostraram que os usuários mais frequentes são pacientes com necessidades de cuidado complexos relacionados a situações de vulnerabilidade, em decorrência de condições de saúde e fatores psicossociais. Essas pessoas representam um pequeno grupo que utiliza o departamento de emergência de forma inapropriada e desproporcional (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; HUDON *et al.*, 20017; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; REINIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008).

As situações de vulnerabilidade mais comuns envolvem pessoas com problemas psiquiátricos, uso abusivo de substâncias (álcool e drogas), condições clínicas crônicas (cardiovasculares, neurológicas e pulmonares) e que vivenciam estressores psicossociais (isolamento social, ausência de seguro saúde, desabrigados, situação de pobreza, falta de recursos comunitários e moradia) (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVE *et al.*, 2010; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015).

A faixa etária da população que participou dos estudos identificados variou de 18 a 89 anos de idade (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006;

MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; REINIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SORIL *et al.*, 2015).

Os autores utilizaram diferentes terminologias para descrever essa população: *frequent users, frequent utilizers, frequent visits, frequent visitors, frequent attenders, frequent flyer, frequently present, frequently attend, high utilizers, high users e highly vulnerable frequent users, heavy users* (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; HUDON *et al.*, 2017; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; REINIUS *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015).

Os usuários frequentes foram caracterizados de acordo com o número de visitas/utilização por ano ao serviço de emergência. Alguns estudos consideraram de três ou mais vezes (LEE; DAVENPORT, 2006), outros de quatro ou mais (ALTHAUS *et al.*, 2011; GROVER *et al.*, 2010; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009) e outro de cinco ou mais visitas por ano (OKIN *et al.*, 2000).

Os pesquisadores mencionaram que esses pacientes tendem a sobrecarregar os recursos dos sistemas de saúde e, frequentemente, estão insatisfeitos com o cuidado que recebem (GROVER *et al.*, 2010). Além disto, estão expostos a um maior risco de admissões hospitalares e a elevadas taxas de mortalidade (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; HUDON *et al.*, 20017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; PHILLIPS *et al.*, 2006; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009). Isso resulta em superlotação, aumento de custos e recebimento de um cuidado episódico, descontínuo, inadequado e fragmentado. Acredita-se que essa problemática decorra da falta ou da perda de seguimento do paciente com a equipe de saúde da atenção primária (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; BRISTOW; HERRICK, 2002; KUMAR; KLEIN, 2013; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

### 5.2.2 Ações centrais no processo de gerenciamento de caso e profissionais de saúde envolvidos

Em relação às responsabilidades dos profissionais de saúde para a implementação do gerenciamento de caso, prevaleceram modelos de intervenções realizadas por equipes multiprofissionais (ALTHAUS *et al.*, 2011; BRISTOW; HERRICK, 2002; KUMAR; KLEIN, 2013; PHILLIPS *et al.*, 2006; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015) que, em colaboração com os provedores de cuidado nos diferentes níveis do sistema de saúde, devem promover uma abordagem holística e integral do cuidado (POPE *et al.*, 2000; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

De um modo geral, as principais ações dos gestores de caso identificadas nos estudos de revisão, artigos de reflexão e relatos de experiência, para o processo de gerenciamento de casos em serviços de emergência, envolveram as seguintes etapas: revisão inicial das necessidades clínicas; elaboração do plano de cuidados com foco na transição do cuidado; e acompanhamento após a alta dos serviços de emergência (Quadro 7).

**Quadro 7 – Ações centrais do processo de gerenciamento de casos nos serviços de emergência, 2018.**

ETAPA	AÇÕES DESCRITAS
<p><b>Revisão inicial das necessidades clínicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos pacientes de alto risco e de suas necessidades clínicas e psicossociais (SALLEE <i>et al.</i>, 2018; SORIL <i>et al.</i>, 2015; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003; WASH, 1999);</li> <li>• Investigação dos fatores relacionados ao uso excessivo dos serviços de saúde (HUDON <i>et al.</i>, 2017);</li> <li>• Avaliação/reavaliação o paciente e revisão os prontuários para coleta de informações clínicas (WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003; SORIL <i>et al.</i>, 2015);</li> <li>• Sistema de rastreamento de usuários frequentes e sistema eletrônico, no departamento de emergência, para inserir o plano de cuidado individual do paciente (HUDON <i>et al.</i>, 2017);</li> <li>• Diálogo entre o gestor de caso e o médico do departamento de emergência para compreensão do caso e discussão à respeito do tratamento esperado e do nível de admissão adequado (WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> <li>• Avalia os níveis de cuidado e coleta informações necessárias para elaborar o planejamento (BREWER; JACKSON, 1997; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> </ul>
<p><b>Elaboração do plano de cuidados com foco na transição</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de um planejamento de transições complexas para coordenar o cuidado clínico no departamento de emergência (SALLEE <i>et al.</i>, 2018);</li> <li>• Plano elaborado pela equipe multiprofissional e pelo gestor de caso (enfermeiro e/ou assistente social) (ALTHAUS <i>et al.</i>, 2011; BREWER; JACKSON, 1997; HUDON <i>et al.</i>, 2017; SORIL <i>et al.</i>, 2015), em colaboração com o médico do departamento de emergência, para compreender as necessidades clínicas do paciente, fornecer recomendações para o plano de cuidado, evitar internações inapropriadas e diminuir o número de visitas ao departamento de emergência;</li> <li>• Deve envolver melhores práticas relacionadas a: um planejamento da transição de pacientes com necessidades psicossociais complexas pelo assistente social; um planejamento de transferência simples executado por um gestor de caso do departamento de emergência; e um planejamento de alta após a admissão de pacientes no departamento de emergência executado por um ou um gestor de caso domiciliar e/ou assistente social (WALSH; ZANDER, 2014);</li> <li>• Elaboração de um plano abrangente de cuidados pós-alta, incluindo coordenação do cuidado nas seguintes vertentes: seguro, transporte, moradia e atendimento às necessidades clínicas e psicossociais (ALTHAUS <i>et al.</i>, 2011; BREWER; JACKSON, 1997; HUDON <i>et al.</i>, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; SORIL <i>et al.</i>, 2015; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> <li>• Promoção de ações que envolvem educação em saúde, empoderamento na tomada de decisão e incentivo ao autogerenciamento do cuidado e à participação do paciente na elaboração do plano de cuidado (ALTHAUS <i>et al.</i>, 2011; HUDON <i>et al.</i>, 2017; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> <li>• Diálogo com a equipe e família sobre a necessidade de encaminhamentos, planos de cuidados e metas a serem atingidas (WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 7 – Ações centrais do processo de gerenciamento de casos nos serviços de emergência, 2018.**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O plano de cuidados deverá ser atualizado considerando-se as necessidades dos pacientes e o risco futuro de admissão hospitalar, de acordo com a classificação (HUDON <i>et al.</i>, 2017):             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alto risco (plano de cuidados revisado a cada 3 meses, gestão de caso intensiva e advocacia);</li> <li>✓ Médio risco (plano de cuidados revisado em 6 meses e contato telefônico para monitorar e implementar o plano de cuidado e direcionar problemas emergentes);</li> <li>✓ Baixo risco (plano de cuidados revisado em 12 meses).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Acompanhamento do período imediato após a alta do departamento de emergência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referência do paciente para outra configuração de cuidado, de modo a garantir a continuidade do cuidado em curto e longo prazo (BREWER; JACKSON, 1997; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> <li>• Seguimento (visitas domiciliares ou contato telefônico) para verificar adesão e adequar o plano de cuidados (BREWER; JACKSON, 1997; KUMAR; KLEIN, 2013; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003), bem como reavaliar o plano caso o paciente retorne ao departamento de emergência, a fim de checar se ele está recebendo os serviços coordenados apropriados para diminuir o uso do departamento de emergência (HUDON <i>et al.</i>, 2017);</li> <li>• Fornece um e-mail ou telefone para o paciente entrar em contato caso haja problemas na alta. Deve-se garantir que as chamadas serão retornadas pelo gestor de caso no mesmo dia (BREWER; JACKSON, 1997; HUDON <i>et al.</i>, 2017);</li> <li>• Referência para serviço social de aconselhamento, intervenção de crise, programa assertivo na comunidade, terapia de apoio e auxílio para obtenção de moradia e ligação com provedor de cuidado (ALTHAUS <i>et al.</i>, 2011; BREWER; JACKSON, 1997; HUDON <i>et al.</i>, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; SALLEE <i>et al.</i>, 2018; SORIL <i>et al.</i>, 2015);</li> <li>• Referência para cuidados de saúde primários, serviços comunitários (ALTHAUS <i>et al.</i>, 2011; HUDON <i>et al.</i>, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; SORIL <i>et al.</i>, 2015) e serviços para tratar de abuso de substâncias (SORIL <i>et al.</i>, 2015);</li> <li>• Criação de um site de gerenciamento de casos que inclui agências comunitárias, agências privadas e hospitais de reabilitação (WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003);</li> <li>• Reuniões regulares com o gestor de casos (HUDON <i>et al.</i>, 2015);</li> <li>• Conferências multidisciplinares para discussão dos casos (ALTHAUS <i>et al.</i>, 2011; HUDON <i>et al.</i>, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013);</li> <li>• Compartilhamento de informações (<i>Information sharing</i>): sistema de registro eletrônico entre provedores de cuidado; acesso ao plano de cuidado individualizado por meio do sistema por toda a equipe envolvida no processo de gerenciamento de caso (SORIL <i>et al.</i>, 2015).</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os pesquisadores apresentaram diferentes configurações para a equipe responsável pela gestão de caso nos respectivos contextos investigados. Foram identificados modelos centrados no papel do enfermeiro (BODENMANN *et al.*, 2017; BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER *et al.*, 2010; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; REINIUS *et al.*, 2013; RIVER *et al.*, 2012; WALSH, 1999), no papel do assistente social (BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; LEE; DAVENPOURT, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008) e modelos contemporâneos, em uma perspectiva ampliada e multiprofissional, composta de médicos, nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais (PHILLIPS *et al.*, 2006; POPE *et al.*, 2000; OKIN *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

Foi destacada a necessidade de preparo dessas equipes, por meio de treinamento intensivo, tanto para a realização de entrevistas motivacionais quanto para o desenvolvimento de habilidades e competências transculturais. O foco central residiu na promoção de uma relação mais próxima com a assistente social, especialmente para os casos de vulnerabilidade relacionados a transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e da violência doméstica (BONDENMANN *et al.*, 2016; HUDON *et al.*, 2017).

Os estudos assinalaram que o papel do gestor de caso envolve promover a coordenação do cuidado para uma transição ideal entre os cuidados primários, agudos e de longa duração (BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; HUDON *et al.*, 2017; PHILLIPS *et al.*, 2006; REINIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012). Esse profissional identifica pessoas que poderiam ser convidadas para uma reunião de planejamento do cuidado, realiza uma nova triagem, encontra-se individualmente com o paciente ou o familiar e, juntos, discutem o processo. Logo após, sessões de acompanhamento são agendadas (POPE *et al.*, 2000). Dessa forma, estabelece-se um vínculo do usuário com a comunidade, o que favorece a continuidade do cuidado nesta configuração (BRISTOW; HERRICK, 2002).

Além disso, o gestor de caso é responsável por melhorar a capacidade do usuário para o autocuidado e o autogerenciamento da saúde. Ele deve elaborar planos de cuidado após a alta apropriados e seguros, em parceria direta com o

assistente social, o qual desempenha papel especial na orientação do usuário para o acesso ideal aos recursos comunitários, por meio de uma avaliação psicossocial abrangente (BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREN *et al.*, 2016; HUDON *et al.*, 2017; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; RINKE *et al.*, 2012).

Nos estudos, as principais ações atribuídas ao gestor de caso nos serviços de emergência foram: realizar a triagem e avaliar as necessidades psicossociais do paciente e da família (BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREN *et al.*, 2016; PHILLIPS *et al.*, 2006; RINKE *et al.*, 2012; REINIUS *et al.*, 2013; WALSH, 1999); avaliar as necessidades dos pacientes que receberam alta e que possuem elevado risco para readmissão (WALSH, 1999); identificar a motivação do indivíduo para procurar atendimento no departamento de emergência (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015); e identificar as barreiras que ele encontra para receber os cuidados em um ambiente ambulatorial (BREWER; JACKSON, 1997; MCCARTY *et al.*, 2015).

Outras funções do gestor de caso incluem: facilitar o processo de tomada de decisão e a coordenação do cuidado clínico (HUDON *et al.*, 2017; PHILLIPS *et al.*, 2006); promover altas diversificadas e seguras (PHILLIPS *et al.*, 2006), ajudando a equipe a elaborar planos de cuidados individualizados (EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; HUDON *et al.*, 2017; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; RINKE *et al.*, 2012; REINIUS *et al.*, 2013; WALSH, 1999); promover ações educativas para o autogerenciamento do cuidado (EDGREN *et al.*, 2016; HUDON *et al.*, 2017; PHILLIPS *et al.*, 2006; RINKE *et al.*, 2012); coordenar o seguimento do cuidado informando o paciente sobre as opções de nível de cuidado, e, com isso, contribuir para a redução do uso indevido dos serviços de emergência em função de limitações organizacionais do cuidado (BRISTOW; HERRICK, 2002; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006).

Alguns estudos destacaram o papel dos enfermeiros e dos assistentes sociais para liderar a implementação do gerenciamento de caso no contexto dos serviços de emergência (SALLE *et al.*, 2018; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003). A parceria com o serviço social foi enfatizada, bem como a importância de intervenções psicossociais e de planejamento de transições complexas do ambiente de cuidado agudo para o ambulatorial (SALLE *et al.*, 2018).

Os pesquisadores também destacaram a competência dos enfermeiros para realizar a avaliação clínica ampliada das necessidades dos pacientes, o conhecimento que possuem sobre a gestão de recursos organizacionais e as habilidades interpessoais, de liderança e comunicação para trabalhar com os demais membros da equipe. Os enfermeiros foram reconhecidos como elo entre os diferentes níveis de atenção à saúde e como responsáveis por promover a continuidade do cuidado, diminuindo a fragmentação e favorecendo resultados mais positivos (ALTHAUS *et al.*, 2011; BRISTOW; HERRICK, 2002; HUDON *et al.*, 2017).

Além disso, os pesquisadores destacaram a habilidade deste profissional para atuar como gestor de caso e promover a coordenação e a continuidade do cuidado, elaborar e implementar o seguimento do plano de cuidados, facilitar o acesso e o relacionamento com a equipe e outros profissionais envolvidos, prevenir gastos, visitas e admissões hospitalares desnecessárias (BODENMANN *et al.*, 2017; BREWER; JACKSON, 1997; LEE; DAVENPORT, 2006; KUMAR; KLEIN, 2013; HUDON *et al.*, 2017).

Quanto ao assistente social, destacou-se sua competência para realizar avaliações psicossociais do paciente e da família, promover o aconselhamento e fazer os encaminhamentos necessários para que os pacientes tenham seguimento no contexto comunitário. O assistente social possui a capacidade de fazer uma avaliação psicossocial abrangente e suas funções incluem: propor intervenções em situações de crise, fornecer apoio emocional e aconselhamento, planejar a alta, encaminhar o paciente para recursos apropriados no âmbito hospitalar e/ou ambulatorial e realizar sessões de acompanhamento durante as visitas do paciente ao departamento de emergência (BRISTOW; HERRICK, 2002; POPE *et al.*, 2000; SHUMWAY *et al.*, 2008).

Os estudos destacaram que os assistentes sociais possuem conhecimento único sobre questões clínicas legais, tutela, aconselhamento profissional, entre outros e, portanto, são potencialmente capazes de promover o vínculo e a colaboração entre paciente, família, gestor de caso e equipe multidisciplinar (BRISTOW; HERRICK, 2002; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000).

Portanto, o enfermeiro e do assistente social tem papel central como gestores de casos, entretanto, a participação do médico do departamento emergência, da equipe multiprofissional e do médico da atenção primária, é fundamental no processo de gerenciamento de casos, com a finalidade de compreensão do caso, discussão à

respeito do tratamento esperado e elaboração de recomendações para o plano de cuidado e nível adequado de cuidado (ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWER; JACKSON, 1997; HUDON *et al.*, 2017; SORIL *et al.*, 2015; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

### 5.2.3 Estratégias empregadas para o gerenciamento de caso

Em relação às estratégias empregadas nas intervenções de gerenciamento de caso identificou-se preocupação central com a otimização do processo de cuidar com vistas a prevenir ou reduzir a necessidade de novos acessos ao departamento de emergência. Existe a ampla compreensão de que o gestor de caso fornece um *continuum* de serviços de atendimento hospitalar e comunitário que inclui avaliação clínica, coordenação e comunicação com outros provedores de serviços (BONDENMANN *et al.*, 2017).

Nos estudos analisados, prevaleceram estratégias focadas na coordenação e integração dos pacientes para retorno à comunidade, por meio do monitoramento dos resultados tanto pela equipe de cuidado quanto pelo gestor de caso (BODENMANN *et al.*, 2016; BRISTOW; HERROICK, 2002; LEE; DAVENPORT, 2006; GROVER *et al.*, 2010; OKIN *et al.*, 2000).

Algumas atividades foram consensualmente apontadas como efetivas (Quadro 9), sobretudo: avaliação clínica abrangente e compreensiva; aprimoramento tecnológico, por meio da implementação de um registro eletrônico em saúde, de modo a estabelecer uma comunicação eficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde; e notificação dos gestores de caso sobre pacientes com potencial de serem admitidos no programa (OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; SALLE *et al.*, 2018).

Essas atividades podem melhorar a experiência vivenciada pelo paciente em seu atendimento; facilitar o processo de tomada de decisão; otimizar a comunicação e o processo de definição do nível de cuidado apropriado para diminuir o tempo de estadia e evitar utilização frequente do setor; reduzir os custos dos cuidados prestados; e, conseqüentemente, promover segurança e qualidade do cuidado prestado (SALLE *et al.*, 2018; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

As principais estratégias implementadas nas intervenções de gerenciamento de casos estão sintetizadas no Quadro 8.

**Quadro 8-** Síntese das estratégias implementadas nas intervenções de gerenciamento de casos em serviços de emergência, 2018.

ESTRATÉGIA	SÍNTESE DAS ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS
<p><b>Triagem e avaliação de pacientes</b></p>	<p>Utilização de sistemas de registros eletrônicos do departamento de emergência (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; PHILLIPS <i>et al.</i>, 2006; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; SHUMWAY <i>et al.</i>, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009);</p> <p>Revisão de prontuários para a identificação sistemática e precoce dos pacientes de alto risco elegíveis (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER <i>et al.</i>, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; OKIN <i>et al.</i>, 2000; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; SHUMWAY <i>et al.</i>, 2008)</p> <p>Avaliação do paciente face a face após o contato telefônico (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER <i>et al.</i>, 2010; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; SHUMWAY <i>et al.</i>, 2008);</p> <p>Envio de uma carta para o médico da atenção primária para convidar o paciente a participar do processo de gerenciamento de caso, desde que seja usuário frequente do serviço de emergência (GROVER <i>et al.</i>, 2010; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013);</p> <p>Entrevista para avaliação inicial completa das necessidades clínicas e psicossociais do paciente (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER <i>et al.</i>, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012; SHUMWAY <i>et al.</i>, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009);</p> <p>Identificação da motivação do indivíduo para procurar atendimento no departamento de emergência e das barreiras encontradas para o atendimento no contexto comunitário (MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009);</p> <p>Identificação dos serviços de cuidados em saúde que podem ser fornecidos com sucesso e de forma eficaz (MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).</p>
<p><b>Plano de cuidado individualizado</b></p>	<p>Plano de cuidado individualizado desenvolvido para coordenar os serviços tanto de internação quanto de tratamento ambulatorial que o paciente necessita (LEE; DAVENPORT, 2006);</p> <p>Plano de cuidado individualizado elaborado pelo gestor de caso juntamente com a equipe multiprofissional (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER <i>et al.</i>, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN <i>et al.</i>, 2000; PHILLIPS <i>et al.</i>, 2006; PILLOW <i>et al.</i>, 2013; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009);</p> <p>Direcionado para as necessidades clínicas e sociais do paciente e da família (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; LEE; DAVENPORT, 2006; GROVER <i>et al.</i>, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012; SHUMWAY <i>et al.</i>, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009);</p>

**(Continuação) Quadro 8- Síntese das estratégias implementadas nas intervenções de gerenciamento de casos em serviços de emergência, 2018.**

	<p>Foco no estabelecimento de metas e objetivos terapêuticos que promovam o autogerenciamento da saúde e o aconselhamento para buscar soluções para os problemas psicossociais e definir o melhor seguimento do cuidado nos demais níveis de atenção à saúde (MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; PHILLIPS <i>et al.</i>, 2006);</p> <p>Engajamento de toda a equipe de cuidado na elaboração de um plano de cuidado abrangente, com intervenções e reavaliações contínuas dos problemas do paciente (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER <i>et al.</i>, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN <i>et al.</i>, 2000; PILLOW <i>et al.</i>, 2013; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Convite e envolvimento ativo do paciente na revisão do seu caso e participação na elaboração do seu PCI e na busca de soluções para os seus problemas (GROVER <i>et al.</i>, 2010; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; POPE <i>et al.</i>, 2000; SHUMWAY <i>et al.</i>, 2008).</p>
<b>Educação do paciente</b>	<p>Educação e orientação do paciente quanto ao uso adequado do sistema de saúde e dos serviços clínicos e sociais disponíveis na comunidade (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; RINKE <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Orientação do paciente quanto ao autogerenciamento do cuidado, oferecendo opções de cuidado e ajudando-o a fazer escolhas adequadas (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; EDGREN <i>et al.</i>, 2016);</p> <p>Aconselhamento do paciente sobre comportamentos de risco (por exemplo, uso abusivo de substâncias) e quanto ao uso dos serviços clínicos (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017).</p>
<b>Comunicação</b>	<p>Comunicação com toda a equipe e com diferentes provedores e níveis de cuidado (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; RINKE <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Ligação com outras agências comunitárias (LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; OKIN <i>et al.</i>, 2000);</p> <p>Informar ao médico da Atenção Primária à Saúde sobre consultas agendadas e necessidade de acompanhamento (BODENMANN <i>et al.</i>, 2016).</p>
<b>Atuação multiprofissional</b>	<p>A atuação multiprofissional inclui médico, enfermeiro, assistente social (BODENMANN <i>et al.</i>, 2017; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER <i>et al.</i>, 2010; OKIN <i>et al.</i>, 2000; PHILLIPS <i>et al.</i>, 2006; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009), profissionais da atenção primária, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc. (PHILLIPS <i>et al.</i>, 2006; WALSH, 1999);</p> <p>Trabalho colaborativo com a equipe multidisciplinar do DE para apoiar o gerenciamento de casos (DAVENPORT, 2006) e elaborar recomendações quanto ao uso deste serviço e tratamentos que deveriam ser fornecidos neste contexto (GROVER <i>et al.</i>, 2010);</p> <p>Reuniões periódicas da equipe multidisciplinar (<i>multidisciplinary case conference</i>) (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; PILLOW <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012).</p>

**(Continuação) Quadro 8-** Síntese das estratégias implementadas nas intervenções de gerenciamento de casos em serviços de emergência, 2018.

<p><b>Tratamento comunitário assertivo</b></p> <p><i>Assertive community outreach</i></p>	<p>Abordagem proativa e assertiva, enfatizando a promoção e prevenção em saúde e o tratamento agudo. Consiste em visitas domiciliares para discussão do caso, acompanhamento dos pacientes em consultas, rastreamento e identificação de pacientes que procuraram com frequência os serviços de emergência (MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; OKIN <i>et al.</i>, 2000).</p>
<p><b>Monitoramento e seguimento do paciente</b></p>	<p>Contato proativo e estreito entre pacientes e provedores de cuidados por meio de chamadas telefônicas ou visitas (EDGREN <i>et al.</i>, 2016; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013);</p> <p>Acesso telefônico a um gestor caso, para esclarecer dúvidas (EDGREN <i>et al.</i>, 2016; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Seguimento telefônico agendado com base nos riscos de admissão hospitalar (REUNIUS <i>et al.</i>, 2013);</p> <p>Reuniões regulares com um gestor de caso e visitas de um gestor de caso para avaliar as respostas do paciente ao plano de cuidado individualizado e, se necessário, revisar este plano (REUNIUS <i>et al.</i>, 2013; RINKE <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Assistência domiciliar (MCCARTY <i>et al.</i>, 2015; PHILLIPS <i>et al.</i>, 2006);</p> <p>Visita semanal do médico da APS e de especialistas e verificação das respostas do paciente às recomendações pós-alta (RINKE <i>et al.</i>, 2012);</p> <p>Seguimento e intervenção contínua, monitorada, dos progressos do paciente (EDGREN <i>et al.</i>, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; REUNIUS <i>et al.</i>, 2013) e definição dos padrões de procura por cuidados em saúde e qualidade de vida.</p>

**Fonte:** elaborado pelas autoras.

No departamento de emergência, a intervenção de gerenciamento de caso se inicia com a fase de triagem e avaliação do paciente. Nesta fase, o gestor de caso revisa o prontuário e os registros eletrônicos para identificar usuários frequentes do serviço com alto risco de recidiva e com necessidades de cuidados complexos (BODENMANN *et al.*, 2016; EDGREN *et al.*, 2016). Em seguida, faz contato telefônico ou por carta com o paciente elegível a receber o processo de gerenciamento de casos, convidando-o a participar do programa (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER *et al.*, 2010; REUNIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008).

O paciente que aceita o convite participa de uma entrevista presencial com o gestor de caso, momento em que são coletadas informações sobre suas necessidades clínicas e psicossociais, o motivo que o levou a buscar o atendimento na emergência e as barreiras que ele identificou para o seu atendimento na atenção primária (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; REUNIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Com essas informações, identifica-se o nível de cuidado adequado ao paciente, a fim de garantir o acesso oportuno e a continuidade deste cuidado (MCCARTY *et al.*, 2015; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

A ênfase na elaboração de planos de cuidado individualizados foi citada na maioria dos estudos analisados (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; KUMAR; KLEIN, 2013; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; REINIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009). Os objetivos do plano de cuidado individualizado incluem: coordenar os serviços necessários ao paciente tanto para internação quanto para tratamento ambulatorial; prevenir admissões inapropriadas; melhorar o plano de alta; diminuir custos; garantir a satisfação do paciente e referenciá-lo para locais adequados (LEE; DAVENPORT, 2006).

Há incentivo ao envolvimento e à participação ativa do paciente no processo de elaboração do plano de cuidado, por serem fatores que favorecem a tomada de decisão e contribuem para identificar soluções adequadas aos problemas (MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006). Dessa forma, permite-se o empoderamento do paciente em relação ao cuidado de que necessita e são evidenciados os meios de alcançá-lo (GROVER *et al.*, 2010; MCCARTY *et al.*, 2015; SHUMWAY *et al.*, 2008).

Outro aspecto importante diz respeito à implementação de sistemas de registros eletrônicos no departamento de emergência, uma vez que isso não só permite identificar os usuários frequentes deste serviço como elaborar um plano de cuidado individualizado. Dessa forma, a equipe multiprofissional terá acesso às informações desses pacientes e poderá realizar adequações ao plano, se necessário (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; PILLOW *et al.*, 2013; REUNIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

O estudo de Pillow *et al.* (2013) mostrou que a implementação de um programa para rastreamento eletrônico por meio de ícones de alerta visualizados no sistema de registro eletrônico do departamento de emergência auxilia na identificação de usuários frequentes. Nesses casos, a equipe deve comunicar o fato ao gestor de caso, para que seja implementado o processo de gerenciamento de casos.

O paciente com necessidades de cuidado complexas, que utiliza frequentemente o serviço, também pode ser identificado no momento de sua admissão. Em seguida, um profissional gestor de caso coloca um aviso em um quadro no departamento de emergência, para alertar a equipe médica e de enfermagem sobre o tratamento de pacientes inscritos no programa (GROVER *et al.*, 2010).

Além disso, toda a equipe necessita ter acesso contínuo ao plano de cuidado para revisão e adequação, caso necessário, durante todo o *continuum* de cuidado, ou seja, desde o agudo até o ambulatorial (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009). Para isso, é primordial a comunicação entre o gestor de caso, a equipe multidisciplinar e os demais provedores de cuidado, a fim de melhorar a adesão ao plano (GROVER *et al.*, 2010) e garantir a continuidade em todos os níveis (BODENMANN *et al.*, 2017; RINKE *et al.*, 2012).

Nesse sentido, os estudos mostraram que o gerenciamento de casos é um modelo de coordenação do cuidado que envolve o paciente e possibilita que ele seja referenciado para o nível mais apropriado à sua condição clínica e psicossocial. Isso ocorre por meio da avaliação dos serviços de apoio disponíveis e da identificação das barreiras encontradas para o acesso oportuno, de modo a atender às reais necessidades do paciente e promover altas seguras (ANONYMOUS, 2014; ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; BRISTOW; HERRICK, 2002; LEE;

DAVENPORT, 2006; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; PHILLIPS *et al.* 2006).

No decorrer do processo de gerenciamento de casos, a educação do paciente é uma abordagem necessária. O gestor de caso atua como seu orientador e educador (HUDON *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006), tanto em relação ao autogerenciamento do cuidado como sobre os serviços disponíveis nos diferentes níveis (BODENMANN *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; MCCARTY *et al.*, 2015). Além disso, ele fornece orientações para que o paciente utilize adequadamente o sistema de saúde (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; RINKE *et al.*, 2012; WALSH, 1999), disponibilizando opções de cuidado e ajudando-a a fazer as escolhas mais adequadas (BODENMANN *et al.*, 2016; BRISTOW; HERRICK, 2002).

Nos estudos analisados, foram identificados dois novos conceitos com potencial de expandir a compreensão do modelo de gerenciamento de casos: o *assertive community outreach treatment* e o *multidisciplinary case conferences*.

O *assertive community outreach treatment* é um serviço de tratamento assertivo na comunidade, realizado por profissionais com formação em assistência social, enfermagem, psiquiatria e gerenciamento de casos. O tratamento ocorre no domicílio do paciente e objetiva fornecer um suporte intensivo e orientado por suas necessidades, de modo a favorecer que ele retorne à comunidade e não necessite de novas internações. Este programa visa ainda oferecer ações de apoio, reabilitação e tratamento, mediante uma atenção assertiva, mantendo a continuidade do tratamento e assumindo todas as responsabilidades pelo cliente (MACHADO *et al.*, 2007; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; SHUMWAY *et al.*, 2008).

O *multidisciplinary case conferences* consiste em reuniões da equipe multidisciplinar com o objetivo de discutir diagnósticos e tratamentos necessários para o paciente, bem como desenvolver, reavaliar e adequar o plano de cuidado individualizado, sempre que necessário. Dessa forma, há comunicação e envolvimento da equipe no processo de gerenciamento do caso, além de menor uso do serviço de saúde (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; MITCHELL *et al.*, 2014; PILLOW *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012).

#### **5.2.4 Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de casos implementadas em serviços de emergência**

Para descrição das características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de casos em serviços de emergência, foram sintetizados os resultados dos 13 estudos epidemiológicos que abordaram a implementação dessas intervenções, como mapeadas e apresentadas no Quadro 9.

**Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

N	AUTOR, ANO (PAIS)	AMOSTRA	TIPO DE ESTUDO	TIPO DE INTERVENÇÃO	GESTOR DE CASO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	<p><b>OKIN et al., 2000</b> <b>(Estados Unidos)</b></p>	<p>Participaram 53 usuários frequentes; desabrigados; em isolamento social; com problemas psicossociais; com uso abusivo de álcool e drogas.</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>18 anos ou mais ou idosos (a média de idade foi de 45 anos)</p> <p><b>Sexo:</b> masculino predominou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 53 pacientes eram homens; 49% afro-americanos; 23% caucasianos; 19% hispânicos; 6% americanos nativos; 4% asiáticos; idade média de 45 anos; 67% desabrigados, 100% desempregados e 55% sem seguro de saúde.</li> </ul>	<p>Estudo prospectivo do tipo antes e depois.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b></p> <p>30 de junho de 1995 a 30 de junho de 1996. 12 meses antes e 12 meses após o gerenciamento de casos.</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p>Gerenciamento de casos clínicos compreensivo e intensivo (<i>Intensive comprehensive clinical case management</i>), desenvolvido por um assistente social que promoveu: intervenção de crise; planos de cuidados individualizados; terapia de apoio em grupo; acesso à moradia; ligação com o médico da atenção primária e com agências comunitárias; referência para tratamento de uso abusivo de substâncias; visitas domiciliares, acompanhamento dos pacientes em consultas; rastreamento e identificação de pacientes.</p> <p>Abordagem proativa, assertiva e holística, assumindo a responsabilidade pelo paciente tanto no hospital como na comunidade, por meio de um modelo de continuidade e cuidado clínico e psicossocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de caso:</b> assistente social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução das visitas ao departamento de emergência em 60% no 1º ano após a intervenção;</li> <li>• Redução dos custos no departamento de emergência em 53 % após a intervenção;</li> <li>• Redução dos custos hospitalares em 71% após a intervenção;</li> <li>• Queda dos alvos da intervenção, tais como: número de desabrigados, problemas com álcool e substâncias, pacientes sem seguro e pacientes sem um médico na atenção primária;</li> <li>• Principal desafio é a ligação complexa e contínua com o médico da atenção primária;</li> <li>• Ênfase nos cuidados continuados, na integração do cuidado clínico com o psicossocial e em sistemas que abordem as multicomorbidades e a humanização no cuidado.</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

				integrado, em prol da promoção e prevenção em saúde e do tratamento agudo.  <b>Objetivos da intervenção:</b> diminuir a falta de moradia para desabrigados; reduzir o uso abusivo de álcool e substâncias; melhorar a ligação com um médico da atenção primária; diminuir o uso do cuidado em saúde.		
2	<b>LEE; DAVENPORT, 2006</b>  <b>(Estados Unidos)</b>	Participaram 50 usuários frequentes, com necessidades clínicas e psicossociais complexas; comorbidades; doenças crônicas; isolamento social; risco de suicídio; desabrigados; uso abusivo de substâncias (álcool e drogas); vulneráveis.  <b>Faixa etária:</b>  Média de 37.8 anos  <b>Sexo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 44% masculino</li> <li>• 46% feminino</li> </ul>	Estudo do tipo antes e depois.	<b>Período da intervenção:</b>  5 meses antes e 5 meses após o início da intervenção  <b>Intervenção:</b>  Intervenções de gerenciamento de casos ( <i>Case management interventions</i> ) baseadas no gestor de caso como orientador/ advogado; clínico; colaborador; negociador; consultor de seguros; planejador da alta; facilitador da admissão; responsável por determinar caminhos e pela alta; gerente de risco; educador; que trabalha em equipe e possui tenacidade para lidar com a população.  <b>As intervenções incluem:</b> referenciar para o médico da atenção primária; limitação das prescrições de narcóticos; assistência ao seguro; atender	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de caso:</b> assistente social.</li> <li>• <b>Apoio:</b> Médico da atenção primária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de 7,4% no número de visitas ao departamento de emergência por usuários frequentes;</li> <li>• 70% dos pacientes possuíam um médico na atenção primária;</li> <li>• 52% de limitação de narcóticos (intervenção mais comum);</li> <li>• 46% das referências foram para o médico da atenção primária (coordenação do cuidado foi a 2ª intervenção mais comum);</li> <li>• 62% do total de usuários frequentes tinham queixa de dor, sendo 22% dor de cabeça, 18% dor abdominal, 14% necessitavam de analgésicos;</li> <li>• Aumento de 69 para 79 visitas de pacientes com crise convulsiva após a intervenção</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

				<p>às necessidades do paciente; referenciar para serviço social e outros serviços dos quais o paciente necessita; tentar resolver o problema da superlotação em hospitais; encaminhar para assistência do serviço social.</p> <p><b>Objetivos da intervenção:</b> avaliar o impacto das intervenções de gerenciamento de casos na redução do número de visitas dos usuários frequentes ao serviço de emergência.</p>		<p>devido a necessidade de prescrição de anticonvulsivante;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração do médico da atenção primária com o gestor de caso e marcação de consultas e seguimento com o médico da atenção primária;</li> <li>• Referência para o serviço social;</li> <li>• Intervenções de gerenciamento de casos apenas por 5 meses podem não ter sido suficientes para a mudança do comportamento, mas a melhoria da saúde, diminuição do acesso e utilização do cuidado em saúde de forma preventiva por meio de acesso a recursos apropriados podem representar uma diferença na vida do paciente.</li> </ul>
3	<b>PHILLIPS et al., 2006 (Austrália)</b>	<p>Participam 60 usuários frequentes, com necessidades de cuidados complexos: vulneráveis; multimorbidades; usuários de drogas e álcool; desabrigados; pacientes psiquiátricos e</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo do tipo antes e depois.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b> 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004.</p> <p><b>Intervenção:</b> Intervenção denominada <i>Assessment, liaison and early referral team (ALERT)</i>, implementada por equipe multidisciplinar que realiza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, profissionais da atenção primária e psiquiatra).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da utilização de 610 para 777 vezes do departamento de emergência, especialmente no período noturno;</li> <li>• Melhora dos fatores psicossociais, acesso à moradia e acesso e vinculação com serviços na comunidade;</li> <li>• A disponibilidade de cuidados primários não</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

		<p>psicossociais; usuários de drogas e álcool.</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>Média de 48 anos.</p> <p><b>Sexo: 88% masculino</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>73% dos pacientes tinham histórico de abuso de álcool ou fatores psicossociais e somente 27% apresentavam problemas crônicos.</li> </ul>		<p>avaliação, vinculação e a ligação do paciente aos demais níveis de cuidado em saúde, com vistas a referenciá-lo precocemente.</p> <p><b>Gerenciamento de casos</b> é definido como uma abordagem integrada para cuidado intensivo do paciente no hospital e na comunidade.</p> <p>Estratégias de defesa do paciente, desenvolvimento do plano de cuidados alternativos; coordenação de cuidados a curto prazo e encaminhamentos antecipados para serviços de internação e serviços comunitários; avaliação psicossocial abrangente.</p>		<p>altera o uso do departamento de emergência, apesar do envolvimento e engajamento na procura deste serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gerenciamento de casos parece ter o oposto do efeito desejado. No, entanto usuários frequentes compreendem uma pequena proporção do programa ALERT;</li> <li>Todos os pacientes que receberam gerenciamento de casos ALERT, exceto os usuários frequentes, reduziram o uso hospitalar;</li> <li>Antes da intervenção de gerenciamento de casos havia dificuldade de envolvimento do usuário frequente em outro serviço externo ao serviço de emergência; após a intervenção evidenciou uma tendência ao envolvimento do usuário com a comunidade;</li> <li>Aumento da utilização do departamento de emergência e efeito positivo sobre alguns fatores psicossociais para usuários frequentes.</li> </ul>
--	--	---	--	--	--	---

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

4	<b>SHUMWAY et al., 2008</b> <b>(Estados Unidos)</b>	<p>Participaram 252 usuários frequentes, com problemas psiquiátricos e psicossociais.</p> <p>167 pacientes randomizados para gerenciamento de casos, 85 para cuidado habitual.</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>Média de 43 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>75% sexo masculino.</li> </ul>	<p>Estudo prospectivo randomizado</p>	<p><b>Período da intervenção:</b></p> <p>24 meses, entre 1 de março de 1997 e 28 de fevereiro de 1999.</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p>Intervenção de gerenciamento de casos, denominada <i>Comprehensive clinical case management</i>, desenvolvida por assistente social em colaboração com psiquiatra e enfermeira especialista em psiquiatria. Envolveu: avaliação, intervenção de crise, terapia de apoio individual e em grupo; auxílio na obtenção de moradia; ligação com prestadores de cuidado clínico; referência para serviços de abuso de substâncias, monitoramento e continuidade do cuidado e contato telefônico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gestor de caso:</b> assistente social.</li> <li><b>Apoio:</b> enfermeira, médico da atenção primária, médico psiquiatra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerenciamento de casos é mais rentável se comparado ao cuidado usual para usuários frequentes do departamento de emergência, pois melhora resultados psicossociais;</li> <li>Redução de 2.97 no número de internação hospitalar;</li> <li>Redução de 9.57 na utilização do departamento de emergência, dos custos e da superlotação;</li> <li>Redução de problemas psicossociais dos pacientes;</li> <li>Redução de 6.85 de desabrigados, 4.25 de problemas com álcool, e 5.5 da ausência de seguro de saúde;</li> <li>Melhora a qualidade e a eficiência do cuidado prestado;</li> <li>Gestão de casos poderia evitar agravamento da doença e uso inapropriado do serviço de saúde.</li> </ul>
5	<b>SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009</b> <b>(Reino Unido)</b>	<p>Participaram 57 usuários frequentes vulneráveis, com necessidades de saúde e sociais complexas.</p>	<p>Estudo retrospectivo e prospectivo do tipo antes e depois/ estudo-piloto.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b></p> <p>Outubro de 2006 a março 2007.</p> <p><b>Intervenção:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe multidisciplinar (enfermeira, assistente social, médico psiquiatra e médico da atenção primária)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>63% dos pacientes receberam um plano de cuidados formal, referências e contato-chave;</li> <li>Redução de 31% do número de atendimentos e visitas ao</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

		<p><b>Faixa etária:</b></p> <p>Média de 43.6 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 46% com problemas com álcool; 37% com problemas mentais; 40% com queixas crônicas ou dor no peito ou dor abdominal; 12% desabrigados; 2% não registrados com um GP (<i>general practioner</i>).</li> </ul>		<p>Gestor de caso e equipe multidisciplinar identificam as necessidades clínicas e sociais individuais do paciente e sugerem caminhos para solucionar os problemas.</p> <p>Elaboração, em sistema eletrônico, de planos de cuidados de fácil acesso para revisão individual por parte do grupo de estudo e do provedor de cuidado.</p> <p>Referência para serviços de apoio a desabrigados e alcóoltras.</p>		<p>departamento de emergência de usuários frequentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os sistemas poderiam sinalizar os usuários frequentes por meio de um sistema de rápido acesso à informação;</li> <li>• Desenvolvimento de um <i>Referral book</i> (livro de referência) para a equipe clínica e de enfermagem identificar pacientes que necessitam de gerenciamento de casos;</li> <li>• Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado;</li> <li>• Criado um fórum multidisciplinar regular para discutir casos de usuários frequentes;</li> <li>• Satisfação da equipe;</li> <li>• Gerenciamento de casos holístico e centrado no paciente.</li> </ul>
6	GROVER <i>et al.</i> , 2010 (Estados Unidos)	<p>Participaram 96 usuários frequentes, com problemas psiquiátricos; em uso abusivo de substâncias; com condições clínicas crônicas e fatores psicossociais.</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>Média de 42.4 anos.</p>	<p>Estudo retrospectivo observacional do tipo antes e depois.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b></p> <p>Maio de 2006 a abril de 2008.</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p>Identificação dos pacientes usuários frequentes e coleta de informações (número de visitas, queixas principais, estudos realizados, tratamento recebido no departamento de emergência e entrega de prescrição; registro de admissões de pacientes no</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de caso:</b> enfermeira do departamento de emergência.</li> <li>• <b>Apoio:</b> médico do departamento de emergência; médico de gestão da dor; médico de saúde comportamental; assistente social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 94.1% dos planos de cuidado foram relacionados a limitações do uso de narcóticos; 85% envolveram desabrigados; 90% dos pacientes tinham médico na atenção primária à saúde; 90% possuíam seguro de saúde;</li> <li>• 82.2% dos pacientes tinham tratamento adequado na atenção primária à saúde antes da intervenção e foram ao departamento de</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

		<p><b>Sexo:</b></p> <p><b>67.1 feminino</b></p> <p><b>32.9 masculino</b></p>		<p>departamento de emergência e quais os problemas clínicos dos pacientes, incluindo histórico das medicações de uso regular.</p> <p>Ações: plano de cuidado; identificação do motivo que levou à utilização do departamento de emergência; coordenação do cuidado; elaboração de recomendações (limitação de narcóticos, contato com o médico da atenção primária à saúde ou com o médico de gestão da dor. Uso de <i>opióides apenas em casos de trauma</i>); revisão pela equipe do número de visitas; encontros com a equipe, reavaliação da continuidade do plano ou implementação de um novo plano de cuidado; inserção do plano de cuidado no registro clínico do paciente; identificação de pacientes na admissão no departamento de emergência e afixação de nota em quadro para alertar a equipe para o tratamento de pacientes inscritos no programa.</p>		<p>emergência em busca de acesso a medicamentos controlados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 92.9% de aumento de ligação com o médico da atenção primária após a intervenção;</li> <li>• Redução de 83% no número de visitas ao departamento de emergência em 6 meses, mantendo-se este índice após o seguimento (1173 visitas antes da intervenção e 290 após);</li> <li>• Sucesso na obtenção de seguro e acesso ao médico da atenção primária à saúde;</li> <li>• Prevalência de visitas de pacientes com dor crônica e em uso abusivo de substâncias (opióides e benzodiazepínicos).</li> </ul>
7	RINKE <i>et al.</i> , 2012 (Estados Unidos)	Amostra de 25 usuários frequentes, com multimorbidades complexas (doenças cardíacas, DM, HAS, asma, DPOC, abuso de	Estudo quase-experimental tipo antes e depois.	<p><b>Período da intervenção:</b></p> <p>5 a 12 semanas, entre maio e agosto de 2008.</p> <p><b>Intervenção:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de caso:</b> enfermeiro com experiência em gestão de casos.</li> <li>• <b>Apoio:</b> equipe multiprofissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento contínuo do gestor de caso e da equipe com o paciente antes, durante e após a intervenção;</li> <li>• Coordenação do cuidado do paciente no sistema de saúde;</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9** – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.

		<p>drogas e convulsão).</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>De 47 a 89 anos (prevalência idade de 60 anos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% masculino;</li> <li>• 90% inscritos em seguro de saúde;</li> <li>• 70% com doença mental.</li> </ul>		<p>Envolveu ações multiprofissionais de educação em saúde; plano de cuidados individual; comunicação com a equipe dos demais níveis de cuidado em saúde; acesso e apoio do serviço psicossocial.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de 32% da procura por serviços médicos de emergência;</li> <li>• Redução de custos de \$14.461 para \$6.311.</li> </ul>
8	<b>PILLOW et al., 2013 (Estados Unidos)</b>	<p>Participaram 50 pacientes frequentes, com necessidades complexas clínicas crônicas e psicossociais.</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>Média de 42.4 anos.</p> <p><b>Sexo:</b></p> <p>64% masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 36% doenças psiquiátricas;</li> <li>• 22% uso abusivo de substâncias;</li> </ul>	<p>Estudo de coorte retrospectivo.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b></p> <p>Janeiro de 2007 a maio de 2008.</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p>Intervenção de planos de cuidados (<i>Care plans intervention</i>) realizada por enfermeira e equipe multidisciplinar que utiliza um sistema de rastreamento (<i>tracking system</i>) e registro clínico eletrônico (<i>electronic medical records</i>) do departamento de emergência para identificar o paciente que visita frequentemente este serviço. O número de visitas no período de 12 meses é destacado com um ícone (asterisco) amarelo, o qual indica se tratar de um paciente elegível para participar de um</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de casos:</b> assistente social</li> <li>• <b>Apoio:</b> equipe multidisciplinar para visitantes frequentes (enfermeiros, médicos do departamento de emergência e residentes do departamento de psiquiatria).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de 94 para 88 visitas por mês (aproximadamente 1059 visitas por ano) ao departamento de emergência,</li> <li>• O sucesso do gerenciamento de casos depende da atuação de uma equipe multidisciplinar e de um gestor de caso bem treinado;</li> <li>• Gerenciamento de casos integrado com o sistema EMR (<i>Electronic medical record</i>) para aviso antecipado da necessidade do paciente; caracteriza os visitantes frequentes e ajuda a identificar determinantes sociais que possivelmente contribuem para essas</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% anemia falciforme;</li> <li>• 20% distúrbio neurovegetativo</li> </ul>		<p>plano de cuidado. Ao clicar no ícone, o plano de cuidados é aberto e mostra, em detalhes, o histórico de visitas do paciente ao serviço e um resumo do caso (comportamentos que podem influenciar na tomada de decisão). Com base nessas informações, sugere-se um plano de cuidado.</p> <p>O assistente social coordena o programa e identifica os pacientes frequentes do departamento de emergência, revisa a história clínica e elabora planos de cuidados com abordagem multidisciplinar.</p> <p>A história clínica compreensiva coletada contém: padrões de visitas ao departamento de emergência, queixas principais, histórico de visitas, avaliação psicossocial, intervenções de diagnóstico e resultados dessas intervenções.</p>		<p>visitas; possibilita fácil acesso a informações essenciais sobre cuidados de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção de parcerias no hospital e na comunidade;</li> <li>• Processo dinâmico que evita a fragmentação do cuidado;</li> <li>• Disponibilização de informações psicossociais do paciente em painel visível no departamento de emergência para utilização por prestadores de cuidados de saúde;</li> <li>• Permite um meio de comunicação entre a equipe e os demais provedores de cuidado, para diminuir a fragmentação do cuidado.</li> </ul>
9	<b>REUNIUS <i>et al.</i>, 2013 (Suécia)</b>	<p>Participaram 268 usuários frequentes, com HAS, doenças cardíacas, DPOC, transtorno de ansiedade e dor generalizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 211 grupo randomizado</li> </ul>	Ensaio controlado randomizado.	<p><b>Período da intervenção:</b> 30 de junho de 2010 a 31 de agosto de 2010, com seguimento até 30 de setembro de 2011.</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p>Intervenção de gerenciamento de caso via telefone realizada</p>	<b>Gestor de caso:</b> enfermeira.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 71% dos pacientes relataram satisfação após a intervenção;</li> <li>• 82% dos pacientes relataram melhora da qualidade de vida;</li> <li>• Redução de 36% nos dias de internações hospitalares e em 45% nos custos;</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>57 grupo controle</li> </ul> <p><b>Faixa etária:</b> &lt; 65 anos ou ≥ 65 anos.</p>		<p>por enfermeira gestora de casos.</p> <p><b>As ações incluíram:</b> identificação dos pacientes usuários frequentes por meio de um processo de triagem, revisão de prontuários e levantamento do histórico clínico e social; desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado; contato telefônico; reavaliação do plano e adaptação, quando necessário; agendamento de telefonemas baseados nos riscos de admissão hospitalar; acompanhamento dos resultados; intervenção contínua monitorada eletronicamente com ações de <i>feedback</i>.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento das consultas ambulatoriais;</li> <li>Melhorias no serviço e mudanças na equipe (treinamento e contratação);</li> <li>Melhora do cuidado aos usuários frequentes do serviço;</li> <li>Introdução de uma triagem focada no paciente (identificação precoce de pacientes em alto risco);</li> <li>Implementação de apropriado apoio e <i>feedback</i> para a enfermeira gestora de casos e para os pacientes;</li> <li>Necessário treinamento da equipe de saúde;</li> <li>Desenvolvimento de uma intervenção centrada no paciente.</li> </ul>
10	MCCARTY <i>et al.</i> , 2015 (Estados Unidos)	<p>Amostra de 23 usuários frequentes, com problemas psiquiátricos e comportamentais, doenças crônicas e graves.</p> <p><b>Faixa etária:</b> média 34.5 (entre 23 anos e 57 anos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5 sexo masculino;</li> <li>17 sexo feminino;</li> </ul>	<p>Estudo quase experimental do tipo antes e depois.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b> janeiro 2013 a abril de 2013</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p><b>Intervenção de gerenciamento de casos denominada <i>Individualized case management program</i>.</b></p> <p>Identificação dos usuários frequentes por meio de um sistema de informação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gestor de caso:</b> enfermeira da unidade de emergência.</li> <li><b>Apoio:</b> equipe multiprofissional; médico da emergência; médico da atenção primária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% dos pacientes receberam educação sobre o serviço clínico e social;</li> <li>95% receberam um plano de cuidado individualizado;</li> <li>95% tiveram o cuidado coordenado para fora do departamento de emergência;</li> <li>Redução de 75.7% do número de visitas ao departamento de emergência;</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 82% doentes mentais;</li> <li>• 31.4% com dor;</li> <li>• 23% abuso de drogas.</li> </ul>		<p>Contato com o paciente elegível via telefone ou por carta;</p> <p>Paciente concorda em se encontrar com um gestor de caso;</p> <p>Estabelecimento de um cronograma para reunião com paciente, médico da atenção primária, se disponível, e equipe do departamento de emergência</p> <p>Estímulo ao envolvimento do paciente no planejamento do cuidado pela equipe multiprofissional;</p> <p>Triagem e avaliação dos fatores para atendimento nos demais níveis de atenção à saúde;</p> <p>Elaboração de um plano de cuidados individualizado;</p> <p>Ações de educação do paciente; aconselhamento para problemas psicossociais e uso de álcool e drogas; navegação do paciente no sistema de saúde, referência para serviços sociais, mentais e de saúde e assistência para problemas financeiros.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição de \$198.000 nos custos para instituição em 6 meses pós intervenção;</li> <li>• Diminuição do tempo de espera no departamento de emergência;</li> <li>• Melhor qualidade de cuidado para o paciente;</li> <li>• Maior satisfação da equipe multiprofissional.</li> </ul>
11	GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016	Participaram 199 usuários frequentes, com doenças crônicas;	Estudo observacional retrospectivo.	<b>Período da intervenção:</b> Dezembro de 2013 a dezembro de 2014.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de caso:</b> enfermeira.</li> <li>• <b>Apoio:</b> médicos do departamento de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de 75% do número de visitas/consultas ambulatoriais e ao departamento de</li> </ul>

**(Continuação) Quadro 9** – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.

	<p><b>(Estados Unidos)</b></p>	<p>multicomorbidades; usuários de drogas;</p> <p>pacientes com descontinuidade do cuidado na atenção primária.</p> <p><b>Faixa etária:</b></p> <p>Média de 42. 6 anos.</p> <p><b>Sexo:</b></p> <p>67.8% feminino</p>		<p><b>Intervenção:</b></p> <p>Programa de gerenciamento de casos eletrônico (<i>Case management program on the electronic track board</i>) realizado por enfermeira gestora de casos e equipe multiprofissional.</p> <p>Ações de identificação dos usuários frequentes do departamento de emergência; reunião da equipe multiprofissional 1 vez por mês para revisar os padrões e comportamentos dos usuários frequentes do departamento de emergência; determinar os problemas que resultaram na recorrência da utilização do departamento de emergência; desenvolvimento do plano de cuidados individual baseado nos problemas clínicos do paciente; referência para cuidado primário e serviço social; registro clínico de toda equipe multiprofissional e de outros provedores de cuidado no plano; profissionais treinados do departamento de emergência são alertados de que o paciente participa de um programa de gerenciamento de casos eletrônico e são habilitados a revisar o plano do paciente.</p>	<p>emergência; assistente social.</p>	<p>emergência, bem como diminuição dos dias de internação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% dos pacientes tiveram restrição de opióides no plano de cuidado;</li> <li>• 30.7% dos pacientes foram referenciados para tratamento de dependência química;</li> <li>• Acesso à rede de serviços de saúde em diferentes níveis;</li> <li>• Melhora da qualidade de vida do paciente.</li> </ul>
--	--------------------------------	--	--	--	---------------------------------------	---

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

12	<p><b>BODENMANN et al., 2017</b> <b>(Suíça)</b></p>	<p>Participaram 250 usuários frequentes altamente vulneráveis, com doenças crônicas; doenças mentais; uso de drogas e uso abusivo de substâncias.</p> <p><b>Faixa etária:</b> entre 40 e 50 anos de idade; média de 48.5 anos.</p> <p><b>Sexo:</b> 57. 2% sexo masculino.</p>	<p>Estudo randomizado controlado.</p>	<p><b>Período da intervenção:</b> Maio de 2012 a julho de 2013.</p> <p><b>Intervenção:</b> Modelo proativo de gerenciamento de casos clínicos (<i>Proactive, clinical case management model</i>).</p> <p>Destinado ao paciente e desenvolvido por uma equipe interdisciplinar para fornecer serviços de alta intensidade. Fornece um <i>continuum</i> de serviços de atendimento hospitalar e comunitário que inclui identificação e avaliação clínica, elaboração de um plano de cuidados compreensivo, contato telefônico, aconselhamento (por meio de entrevistas motivacionais, sobre abusivo de substância ou uso dos serviços de saúde), coordenação e continuidade por meio da ligação e da comunicação com outros provedores de serviços.</p> <p>Referência para serviços de saúde mental;</p> <p>Assistência para obter direitos de renda, habitação (por exemplo, abrigos para sem-abrigo ou asilo), seguro de saúde, apoio à violência doméstica e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestor de caso:</b> enfermeiras assistencialistas.</li> <li>• <b>Apoio:</b> chefe da residência; equipe interdisciplinar (<b>interdisciplinar mobile team</b> composta por 4 enfermeiras (<i>nurse practioners</i>))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um objetivo chave dessa intervenção do CM foi oferecer orientação e redirecionamento aprimorados na transição de serviços hospitalares para os comunitários;</li> <li>• Coordenação de cuidados, com uma abordagem integrada com o médico da atenção primária para a continuidade do cuidado;</li> <li>• Redução em 19% no número de visitas ao departamento de emergência por usuários frequentes, após orientação detalhada aos pacientes sobre o sistema de cuidados em saúde;</li> <li>• Determinantes sociais, tais como: isolamento social, instabilidade de moradia ou insegurança financeira - foi associada a maior utilização do departamento de emergência entre os usuários frequentes.</li> </ul>
----	---	---	---------------------------------------	---	---	---

**(Continuação) Quadro 9 – Características e potencialidades das intervenções de gerenciamento de caso nos serviços de emergência, 2018.**

				oportunidades educacionais, para abordar esses determinantes sociais de saúde.		
13	<b>EDGREEN et al., 2016 (Suécia)</b>	<p>Amostra de 12181 usuários frequentes, com comorbidades: doenças cardiovasculares; doenças crônicas; doença pulmonar obstrutiva crônica; doenças psiquiátricas; dor generalizada e inespecífica.</p> <p><b>Faixa etária:</b> 59.4 à 66.1 anos</p>	Estudo Randomizado controlado.	<p><b>Período da intervenção:</b> 2010 a 2012.</p> <p><b>Intervenção:</b></p> <p>Intervenção de gerenciamento de caso via telefone - Modelo adaptado (<i>telephone-based intervention</i>) realizada por enfermeira gestora de casos em parceria com assistente social.</p> <p>Ações de triagem com identificação das necessidades sociais e clínicas do paciente (por meio de uma entrevista estruturada); intervenção de enfermagem; plano de apoio personalizado; contato telefônico; comunicação com outros provedores do cuidado; educação do paciente; instrução ao paciente sobre o autogerenciamento do cuidado; apoio por meio de interações com o serviço social; intervenção contínua monitorada eletronicamente por enfermeiros, com ações de acompanhamento e <i>feedback</i> sobre os resultados do paciente.</p>	<b>Gestor de caso:</b> enfermeira ( <i>nurse-led case management intervention</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O estudo fornece evidências de que uma intervenção com seleção precisa dos pacientes, formação de pessoal, e entrega de intervenção centralizada pode ser implementado com sucesso e levar a diminuições significativas no consumo de cuidados em saúde;</li> <li>• Redução em 14% nas internações hospitalares e em 16% os custos de cuidados;</li> <li>• Aumento das consultas ambulatoriais;</li> <li>• Melhorias no serviço e mudanças na equipe;</li> <li>• Triagem focada no paciente (identificação precoce daqueles em alto risco);</li> <li>• Implementação de apropriado apoio e <i>feedback</i>;</li> <li>• Necessário treinamento da equipe de saúde;</li> <li>• Desenvolvimento de uma intervenção centralizada no paciente;</li> <li>• Aumento das consultas ambulatoriais após a intervenção de gerenciamento de casos.</li> </ul>

Fonte: elaborado pelas autoras

As estratégias adotadas nas intervenções de gerenciamento de casos demonstradas nos estudos incluíram: **triagem e avaliação de pacientes para continuidade** (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; LEE; DAVENPORT, 2006 MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.* 2006; REUNIUS *et al.*, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009); **elaboração de um plano de cuidado individualizado**, importante para assegurar a continuidade gerencial e informacional, (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.* 2006; PILLOW *et al.*, 2013; REUNIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009); **educação do paciente** (BODENMANN *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; RINKE *et al.*, 2012); **comunicação** (BODENMANN *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; RINKE *et al.*, 2012); **atuação multiprofissional** (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009); e **monitoramento e seguimento do paciente** (EDGREN *et al.*, 2016; REUNIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012).

Outra importante estratégia foi a **vinculação do usuário** por meio da comunicação efetiva com o gestor de caso no processo de elaboração e revisão do plano de cuidado individualizados e do estabelecimento de uma parceria entre os profissionais da atenção primária e aqueles dos serviços para os quais, geralmente, esses usuários serão referenciados para seguimento do plano (LEE; DAVENPORT, 2006; GROVER *et al.*, 2010; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; POPE *et al.*, 2000; ROMANIA, 2006; SHUMWAY *et al.*, 2009; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Em relação às potencialidades/ eficácia da utilização do gerenciamento de caso nos serviços de emergência, percebe-se que houve melhora da experiência do paciente (LEE; DAVENPORT, 2006); redução do tempo de permanência no serviço de emergência e do número de readmissões (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008); gerenciamento adequado de pacientes de

alto risco (EDGREEN *et al.*, 2016; REUNIUS *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009); cuidado holístico e centrado no paciente (EDGREEN *et al.*, 2016; REUNIUS *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009); melhor coordenação e continuidade do cuidado (BODENMANN *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; RINKE *et al.*, 2012); resolutividade ao evitar a fragmentação do cuidado (PILLOW *et al.*, 2013); melhora da qualidade do paciente e eficiência do cuidado (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; SHUMWAY *et al.*, 2008); e, principalmente, satisfação da equipe e do usuário. (GROVER *et al.*, 2010; MCCARTY *et al.*, 2015; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Sobre os desfechos alcançados após a implementação do gerenciamento de casos verificou-se, de modo geral, redução do número de visitas dos usuários frequentes ao departamento de emergência, o que pode ser atribuído às ações de cuidado abrangente em termos de aconselhamento, educação em saúde com foco no autogerenciamento e orientações para lidar com questões de ordem psicossocial (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVE *et al.*, 2010; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015).

Alguns estudos apontaram que a diáde enfermeiro e assistente social desempenha papel fundamental neste processo, por serem os responsáveis por garantir o elo entre o paciente e a atenção primária (GROVE *et al.*, 2010; SHUMWAY *et al.*, 2008; RINKE *et al.*, 2012). Já em outros estudos o gerenciamento de casos foi desenvolvido somente pela enfermeira (EDGREEN *et al.*, 2016; REUNIUS *et al.*, 2013), e alguns pelo assistente social (LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000).

Nesse sentido, estes profissionais devem saber ouvir e educar o paciente e a família, para ajudá-los na tomada de decisão. Além disso, a equipe multiprofissional é necessária para realizar uma ampla avaliação e determinar ações e intervenções necessárias à oferta de um cuidado complexo (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVE *et al.*, 2010; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; RINKE *et al.*, 2012).

A equipe deve atuar de modo interligado sob a liderança do gestor de caso, cujo papel central é promover a ligação entre os provedores de serviços clínicos e sociais, os serviços de emergência, o ambiente de atendimento ambulatorial e os cuidados domiciliares (ALTHAUS *et al.*, 2011; BONDENMANN *et al.*, 2017; BRISTOW; HERRICK, 2002; HUDON *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; KUMAR; KLEIN, 2013; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; RINKE *et al.*, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SORIL *et al.*, 2015; WALSH, 1999).

As intervenções de gerenciamento de casos implementadas envolveram ações multiprofissionais com foco no estabelecimento de uma comunicação efetiva entre o serviço de emergência e os profissionais da atenção primária à saúde, para garantir a continuidade do cuidado (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009). Além disso, o estabelecimento de vínculo entre o paciente e o gestor de caso, por meio da orientação sobre o tratamento necessário e o nível apropriado de cuidado, foi enfatizado como forma de promover o engajamento e o autogerenciamento do cuidado por parte do paciente (RINKE *et al.*, 2012).

Em sete estudos analisados o profissional que assumiu o papel de gestor de casos era enfermeiro (BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2012; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; MCCARTY *et al.*, 2015; REINIUS *et al.*, 2012; RINKE *et al.*, 2012), em apenas dois, assistente social (LEE; DAVENPORT, 2006; SHUMWAY *et al.*, 2008) e em quatro estudos a profissão do gestor de casos não foi mencionada (OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

A maioria das intervenções foi multimodal e incluiu: estratégias para promover a educação em saúde (MCCARTY *et al.*, 2015); triagem com foco nas necessidades biopsicossociais do paciente (EDGREEN *et al.*, 2012; REINIUS *et al.*, 2012); elaboração de um plano de cuidado individualizado (EDGREEN *et al.*, 2012; MCCARTY *et al.*, 2015; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009); apoio do serviço social (EDGREEN *et al.*, 2016); e coordenação do cuidado dentro do sistema de serviços de saúde (BODENMANN *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Alguns desfechos foram analisados para avaliar a potencialidade das intervenções implementadas: número total de visitas mensais de usuários frequentes (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SORIL *et al.*, 2015), número de admissões (GROVER *et al.*, 2010; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013), custos (EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER *et al.*, 2010; OKIN *et al.*, 2000; SORIL *et al.*, 2015), queixas principais dos pacientes (GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006), fatores sociodemográficos (BODENMANN *et al.*, 2017; SHUMWAY *et al.*, 2008), utilização da rede de serviços de cuidado à saúde (BODENMANN *et al.*, 2016; EDGREEN *et al.*, 2016; OKIN *et al.*, 2000; REINIUS *et al.*, 2013) e acesso ao provedor de cuidado primário (LEE; DAVENPORT, 2006) (Quadro 8).

As potencialidades das intervenções implementadas contemplaram: promoção da comunicação entre a equipe multiprofissional e os demais provedores de cuidado em saúde (PILLOW *et al.*, 2013); maior ligação com o médico da atenção primária (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006); melhora da qualidade do cuidado (MCCARTY *et al.*, 2015; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; SHUMWAY *et al.*, 2008); diminuição dos custos para as instituições de saúde (EDGREEN *et al.*, 2012; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; RINKE *et al.*, 2012; SHUMWAY *et al.*, 2008); e redução das visitas e das admissões inapropriadas ao departamento de emergência (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; RINKE *et al.*, 2012; SHUMWAY *et al.*, 2008).

Alguns estudos evidenciaram que o gerenciamento de casos, quando utilizado no serviço de emergência, resulta em: diminuição da superlotação (SHUMWAY *et al.*, 2008); melhoria do serviço e da satisfação da equipe com o trabalho prestado (BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREEN *et al.*, 2012; REINIUS *et al.*, 2012); necessidade de treinamento da equipe (EDGREEN *et al.*, 2012; REINIUS *et al.*, 2012); e aumento das consultas ambulatoriais (REINIUS *et al.*, 2012).

Os pesquisadores consideram se tratar de uma estratégia fundamental para promover a transição segura e eficaz no sistema de saúde, bem como para a coordenação do cuidado (PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Apesar disso, muitos estudos destacaram a dificuldade de avaliar as intervenções em virtude da complexidade existente no sistema de saúde e das múltiplas variáveis que interferem no contexto dos serviços de emergência (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2012; RINKE *et al.*, 2012).

No âmbito dos serviços de emergência, o gerenciamento de casos contribui para: promover a triagem de pacientes de alto risco; elaborar um planejamento de alta; ampliar a participação da equipe multiprofissional; e melhorar a segurança e a qualidade de alta para casa, reduzindo as despesas em um ambiente de cuidado gerenciado (EDGREEN *et al.*, 2012; PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003).

Trata-se de uma intervenção que promove o uso apropriado de recursos da comunidade; melhora a comunicação com os financiadores do sistema; fornece um mecanismo para o uso eficiente dos recursos e melhora os resultados gerais do paciente (BODENMANN *et al.*, 2017; BREWER; JACKSON, 1997; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Além disso, o gestor de caso se torna um elo do paciente com os recursos da comunidade, além de educá-lo sobre a importância do seguimento com o médico do cuidado primário, o que permite melhora do manejo clínico em todo o *continuum* do cuidado (BODENMANN *et al.*, 2017; BRISTOW; HERRICK, 2002; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006).

A comunicação entre profissionais, a disponibilização de recursos na comunidade, o acesso ao médico da atenção primária, a qualidade do cuidado e a redução dos custos, das visitas e das admissões inapropriadas ao departamento de emergência são resultados esperados e relatados na maioria das intervenções (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; RINKE *et al.*, 2012).

Um dos aspectos apontados como centrais para o gerenciamento de caso é o uso de tecnologias de informação para o compartilhamento de informações precisas e atualizadas, por meio de sistemas informatizados de registro de informações dos pacientes. Os pesquisadores mencionaram que essa ação favorece a implantação do programa de gerenciamento de casos no departamento de emergência, assim como a coordenação e continuidade do cuidado para essa população (PILLOW *et al.*, 2013; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Apesar disso, somente três estudos avaliaram as intervenções centradas no sistema de registro eletrônico em serviços de emergência (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.* 2015; PILLOW *et al.*, 2013).

Grover, Crawford e Close (2016) aplicaram a intervenção de gerenciamento de casos por meio de um programa eletrônico (*case management program on the electronic track board*) utilizado pelo gestor de casos para identificar usuários frequentes do departamento de emergência e para o registro do plano de cuidados desenvolvido e do tratamento clínico prestado pela equipe multiprofissional. Esse programa mostrou resultados favoráveis no que se refere à redução tanto do número de visitas ao serviço como dos custos e propiciou melhor acesso à rede de serviços de saúde.

Pillow *et al.* (2013) implementaram um sistema de rastreamento (*tracking system*) e um registro clínico eletrônico (*electronic medical records*) do departamento de emergência para identificar visitantes frequentes e sinalizar o número de visitas que faziam ao serviço. Assim, um ícone (asterisco) indicava que o paciente era sugestivo a participar do gerenciamento de casos e o próprio sistema desenvolvia um plano de cuidado individualizado (*care plans*). Ao clicar no ícone, o plano de cuidados era aberto e mostrava a história do paciente e o plano de cuidado sugerido. Os resultados do estudo mostraram que o trabalho da equipe multiprofissional por meio de *care plans* resultou em uma redução significativa do número de visitas (21,2%) feitas por ano ao departamento de emergência.

Mccarty *et al.* (2015) também identificaram os usuários frequentes e implementaram um plano de cuidados por meio de um sistema de informação. O estudo constatou que a estratégia conseguiu reduzir em 75,7% as visitas ao departamento de emergência

Outra ação fundamental envolveu o monitoramento e seguimento do paciente. Os estudos que abordaram essa estratégia destacaram a intervenção de gerenciamento de casos por meio do contato telefônico e de visitas domiciliares; facilitação do contato com outros profissionais de saúde por intermédio do gestor de casos; e seguimento após a implementação do plano de cuidado gerenciado (EDGREEN *et al.*, 2012; REINIUS *et al.*, 2012). Esses estudos assinalaram que este seguimento melhora o atendimento ao usuário, contribui para reduzir o número de

visitas ao departamento de emergência, assim como os dias e os custos das internações e, conseqüentemente, favorece a utilização do sistema de saúde.

## 6 DISCUSSÃO

Este *scoping review* mapeou as evidências científicas relacionadas ao gerenciamento de casos na transição do cuidado de pessoas com necessidades complexas nos serviços de emergência nos últimos 21 anos. A maioria dos estudos mapeados e sintetizados mostrou que intervenções de gerenciamento de casos implementadas no contexto de emergência, para usuários com necessidades de cuidados complexos, têm sido efetivas na redução da utilização do serviço. Além disso, segundo os estudos, essas intervenções garantem a coordenação e a continuidade do cuidado para outras configurações, principalmente para a atenção primária (EDGREEN *et al.*; 2012; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.* 2015; PILLOW *et al.*, 2013; REINIUS *et al.*, 2012; RINKE *et al.*, 2012; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

O gerenciamento de casos é uma importante estratégia para promover a adequada transição do cuidado implementado nos serviços de emergência, sobretudo em países desenvolvidos (CRANE, *et al.*, 2012; TRICCO *et al.*, 2014; ROMANIA, 2006; SADOWSKI *et al.*, 2009; WEISS; SCHECHTER; CHANG, 2013). Este modelo tem sido utilizado para integrar os serviços em torno das necessidades individuais do paciente, por meio da coordenação do cuidado (BODENMANN *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; RINKE *et al.*, 2012). Pode ser implementado mediante o uso de tecnologias de informação, tais como sistemas de registros eletrônicos em saúde, para identificar pacientes que precisam ser inseridos neste tipo de programa (GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; MCCARTY *et al.*, 2015; PILLOW *et al.*, 2013).

Nos serviços de emergência, este processo possui o objetivo central de promover a transição ideal do paciente, a fim de garantir a continuidade do cuidado e melhor adequar o uso desses serviços (BODENMANN *et al.*, 2017; OKIN *et al.*, 2000; SHUMWAY *et al.*, 2008). Há evidências de que este modelo contribua para que o paciente obtenha o cuidado necessário no complexo sistema de saúde (GROVER *et al.*, 2010; FINKELMAN, 2019; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Trata-se de uma abordagem integrada, holística, abrangente e interdisciplinar do cuidado, que visa promover melhores resultados para o paciente e

para o sistema de saúde (BRISTOW; HERRICK, 2002; PHILLIPS *et al.*, 2006; SORIL *et al.*, 2015). Sendo necessário a implementado deste modelo no contexto assistencial, especialmente dentro dos sistemas de saúde universais, que atuam em uma lógica permeada pela noção de acolhimento, vinculação e continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

No entanto, embora a implementação do gerenciamento de caso seja preconizada e defendida nas políticas de saúde pública que operam em um sistema de acesso e de cobertura universal, verificou-se escassez de estudos sobre essa temática em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Esse fato demonstra a complexidade que permeia a efetiva operacionalização do modelo lógico de efetivação do gerenciamento de caso, o que requer uma ampla gama de ações que inclua aspectos macro (gestão política e financeira), meso (recursos organizacionais, materiais e humanos; formação continuada dos profissionais) e micro (engajamento do paciente, da família e da comunidade) (MENDES, 2011; 2015).

Esses aspectos são necessários e precisam ser disponibilizados simultaneamente para que o processo de gerenciamento de casos seja efetivo. Entretanto, a implementação deste modelo torna-se difícil, por requerer do serviço a contratação de um profissional gestor de caso, a percepção por parte da gestão pública das vantagens relacionadas ao processo, um sistema eletrônico de informação para identificação de pacientes que necessitam de um cuidado gerenciado e comunicação com participação ativa do paciente, da família, da equipe multiprofissional e dos diferentes níveis de cuidado.

A comunicação entre os profissionais é fundamental para a adequada coordenação do cuidado do serviço de emergência para as demais instituições ao longo da trajetória de cuidado do usuário no sistema de saúde. Dessa forma a implementação do gerenciamento de casos garante um planejamento eficaz e cuidado de qualidade multidisciplinar, ao longo do *continuum* do cuidado (GONZALES, *et al.*, 2003; PHANEUF, 2008).

Percebe-se que o gerenciamento de casos, quando implementado efetivamente, promove a vinculação do paciente com a atenção primária, o que é fundamental para evitar a fragmentação do cuidado. Entretanto, para que isso seja de fato contemplado, faz-se necessário um gestor de casos que atue dentro do departamento de emergência e estabeleça a comunicação com a rede ambulatorial

sobre o cuidado necessário ao paciente, garantindo a continuidade e evitando o acesso desnecessário ao serviço.

As evidências científicas apontaram potencialidades do gerenciamento de casos para minimizar o uso frequente e desnecessário dos serviços de emergência por pessoas vulneráveis que, em geral, buscam essas unidades como estratégia para suprir carências decorrentes da falta de acompanhamento adequado na atenção primária. Além disso, estudos comprovaram se tratar de um modelo importante para a resolutividade e melhora da satisfação do usuário (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVE *et al.*, 2010; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015).

Verificou-se também, que o gerenciamento de caso é proposto como uma intervenção que favorece o acompanhamento dessas pessoas por meio de uma triagem, o planejamento de cuidados e seguimento, para o monitoramento contínuo dos progressos do paciente e dos padrões de procura por cuidados em saúde, a qualidade de vida e a obtenção de um *feedback* em relação às respostas do paciente ao plano de cuidado implementado (EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; REUNIUS *et al.*, 2013).

É fundamental, que o profissional gestor de casos tenha a capacidade de identificar, comunicar e resolver as barreiras encontradas pelo paciente, tais como: falta de acesso e continuidade com o médico da atenção primária, e o motivo que o levou a procurar o serviço de emergência, que impedem o progresso do cuidado, afim de otimizar os resultados ao longo do *continuum* (ACMA, 2013).

Neste contexto, o gestor de caso desempenha papel central no cuidado das pessoas que procuram esse atendimento pelo fato de possuir características diferenciadas de atendimento, tais como: ausculta qualificada, advocacia, comunicação, coordenação e principalmente responsabilização pelo paciente (TAHAN; TREIGER, 2017), e tem sido previamente efetivo, principalmente para redução do uso do departamento de emergência (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER *et al.*, 2010; SHUMWAY *et al.*, 2008) e para a coordenação do cuidado de

pessoas que usam frequentemente o serviço (GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Essa busca frequente a esses serviços foi atribuída à preferência dos usuários em virtude do fácil acesso (24 horas) a consultas e medicamentos, de forma antecipada, que deveriam ser fornecidos pelo médico da atenção primária. As situações que envolvem falta de moradia, uso abusivo de álcool e drogas, multimorbidades crônicas e transtornos psiquiátricos também predispõem a essa frequência no uso desses serviços (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009; GROVER *et al.*, 2010; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; KUMAR; KLEIN, 2013; SHUMWAY *et al.*, 2008; OKIN *et al.*, 2000; PHANEUF, 2008; PHILLIPS *et al.*, 2006; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; ROBERTS *et al.*, 2007).

A triagem neste cenário aparece como elemento central e envolve uma abordagem com acolhimento, identificação e avaliação precisa do usuário e dos seus familiares, não somente para resolver o seu problema imediato, mas, principalmente, com o intuito de promover sua adequada regulação para os demais níveis de atendimento. Além disso, a triagem é importante para assegurar a continuidade das informações para os demais profissionais de saúde e, sobretudo, promover uma navegação segura e efetiva do usuário no sistema de saúde.

Assim, com base na coleta de dados realizada, são estabelecidas ações que resultam nas melhores e mais completas informações sobre os pacientes. Para isso, é fundamental, neste momento, que os profissionais envolvidos percebam que o cuidado não se limita a identificar a ordem de prioridade para o atendimento no serviço de emergência, e em um atendimento episódico, mas que seja garantido ao paciente que haverá coordenação e continuidade no âmbito do sistema de saúde.

O processo de triagem dessas pessoas inclui a avaliação de suas necessidades clínicas e psicossociais, para identificar precocemente os riscos de admissão e de readmissão no serviço de emergência. Essas pessoas são monitoradas até a estabilidade ou até que se tornem capazes de procurar o cuidado na configuração apropriada (REUNIUS *et al.*, 2013).

Alguns estudos apontaram a necessidade de que o gerenciamento de casos considere desde a etapa de triagem até a de elaboração do plano de cuidados individualizado, bem como as necessidades do paciente e da família, com o objetivo de integrar o cuidado. Essa estratégia oferece melhores condições para que o

paciente faça escolhas mais adequadas em termos de acesso aos serviços e obtenha informações realísticas e condizentes com suas reais demandas de cuidado. Além disso, promove uma atenção centrada no paciente e na família (ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWER, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; CMSS, 2017; HUDON *et al.*, 2016; 2017; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SORIL *et al.*, 2015; TAHAN; TREIGER, 2017; WALSH, 1999).

O plano de cuidados foi considerado fundamental para garantir o seguimento do cuidado e a vinculação do usuário ao sistema (MCCARTY *et al.*, 2015; PHILLIPS *et al.*, 2006). Por meio deste plano, o gestor de caso tem a função de fornecer o apoio informacional e gerencial, para que paciente e família possam se engajar e desenvolver habilidades para o autogerenciamento da saúde e aconselhamento, em busca de solução para os problemas e de um melhor seguimento do cuidado nos demais níveis de atenção à saúde.

Entretanto, para que este plano seja implementado com sucesso, uma das estratégias mais importantes da intervenção de gerenciamento de casos no serviço de emergência, além da adesão de um profissional gestor de casos e envolvimento do paciente na elaboração do plano de cuidado, consiste no desenvolvimento e na implementação de um sistema de registro eletrônico. Essa estratégia permite estabelecer uma comunicação oportuna e promove o apoio e a participação do paciente, da família, da equipe multiprofissional e dos provedores de cuidados do sistema de serviços de saúde, na construção, adesão e adequação do plano, sempre que necessário.

Como estratégia para a vinculação do usuário, os estudos destacaram a importância da comunicação efetiva entre o gestor de caso e os demais profissionais envolvidos no processo de elaboração e da revisão do plano de cuidado individualizado na atenção primária. Ambos os fatores promoveram o envolvimento e o estabelecimento de uma parceria entre os profissionais da atenção primária e aqueles dos serviços para os quais, geralmente, esses usuários serão referenciados para seguimento desse plano (GROVER *et al.*, 2010; GROVER *et al.*, 2016; LEE; DAVENPORT, 2006; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; POPE *et al.*, 2000; ROMANIA, 2006; SHUMWAY *et al.*, 2009; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009).

Promover o engajamento, a vinculação, a capacidade para exercer o autogerenciamento da saúde em situações de necessidades complexas, tais como as

descritas nesses estudos, requer uma abordagem compreensiva do cuidado que contemple todos os aspectos socioculturais vivenciados por esses pacientes e que interferem diretamente no processo de enfrentamento das demandas relacionadas à saúde e às enfermidades. Para isso, o cuidado precisa estar centrado no paciente e na família, por meio da interação com a equipe multiprofissional, para que ocorra uma transição eficiente e eficaz, capaz de promover a satisfação do paciente e da família (MCDONALD, 2010).

O gerenciamento de caso envolve o apoio e o cuidado ao cliente e à família. Trata-se de um processo colaborativo, personalizado, de avaliação, planejamento, organização e facilitação de opções de serviços para atender a saúde da pessoa e suas necessidades de bem-estar (COOPER; ROBERTS, 2006; LEE; DAVENPORT, 2006; TAHAN; TREIGER, 2017).

No entanto, apesar dessa questão ser bastante discutida, verificou-se pouca ênfase dos estudos na participação da família durante o processo de gerenciamento de casos, o que denota desafios mundiais para a adoção de modelos de cuidado centrados nas necessidades do paciente e da família. No contexto das transições de cuidado complexos nos serviços de emergência, esse é um fator primordial, de acordo com as evidências identificadas nos estudos analisados.

A família precisa ser envolvida no processo de cuidado transicional em todos os contextos em que o paciente se encontre, desde a atenção hospitalar até o cuidado domiciliar. Envolver pacientes e famílias como parceiros no planejamento e gestão do seu cuidado é importante. Da mesma forma, realizar um planejamento cuidadoso em parceria com esses atores sobre os cuidados pós-alta e explorar as barreiras que enfrentam para receber os serviços necessários são ações imprescindíveis para descobrir fatores evitáveis que possam desencadear futuras admissões hospitalares. Além disso, é fundamental se certificar de que o paciente possui um médico na atenção primária (NELSON; PULLEY 2015).

Walsh; Moran; Greenwood (2003) reportaram em seu estudo que o diálogo com o paciente, a equipe e a família sobre a necessidade de encaminhamentos, planos de cuidados e metas a serem atingidas é necessário desde a fase de identificação e avaliação. O cuidado centrado no paciente e na família promove o engajamento, o envolvimento, o controle do cuidado e a tomada de decisão segura e oportuna referente às necessidades de saúde do paciente (PELLETIER; STICHLER,

2014). Assim, envolver a família no processo garante melhor adesão ao plano de cuidados e melhora a transição entre os serviços de saúde (COOPER; ROBERTS, 2006; LEE; DAVENPORT, 2006; NELSON; PULLEY 2015; TAHAN; TREIGER, 2017).

Os estudos apontaram que o médico, o enfermeiro e o assistente social têm papel de destaque e central neste momento, por serem os responsáveis por garantir o elo entre o paciente e a atenção primária. Além disso, a parceria com a equipe multiprofissional é necessária para realizar uma ampla avaliação e determinar ações e intervenções necessárias ao enfrentamento do cuidado complexo (ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; REINIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012).

Na maioria dos estudos a intervenção de gerenciamento de casos tem o enfermeiro enquanto gestor de casos. E nesse processo o envolvimento de uma equipe multiprofissional é necessário, e além disso, a ponte entre os serviços é a atuação do assistente social (ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWER; JACKSON, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; EDGREN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; OKIN *et al.*, 2000; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; REINIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012).

No contexto da emergência, o gerenciamento de casos realizado por enfermeiras, por envolver uma abordagem colaborativa, dinâmica e sistemática para fornecer e coordenar os serviços de cuidado à saúde (WHITE; HALL; MARILYN, 2006), pode diminuir a permanência de pacientes neste serviço, melhorar o acesso e a comunicação com outros provedores, promover o uso adequado de recursos e ser mecanismo para tomada de decisões eficazes acerca do cuidado prestado ao paciente (BREWER; JACKSON, 1997; PHANEUF, 2008; SCHRAEDER, *et al.*, 2008). Atua também no sentido de diminuir a fragmentação do cuidado e promover qualidade e redução de custos em saúde (WHITE; HALL; MARILYN, 2006).

A díade enfermeiro gestor de caso e assistente social atuando em parceria foi ressaltada como benéfica para o alcance de desfechos positivos após a intervenção de gerenciamento de caso. Esses profissionais têm o papel de saber ouvir o paciente e a família, educá-los e orientá-los, para que possam ajudar na tomada de decisão. (ALTHAUS *et al.*, 2011; BREWER, 1997; BRISTOW; HERRICK, 2002; CMSS, 2017;

HUDON *et al.*, 2016; 2017; SORIL *et al.*, 2015; WALSH, 1999; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; TAHAN; TREIGER, 2017).

Dentre as estratégias de gerenciamento de casos percebe-se que o gestor de casos é um educador do paciente quanto ao uso adequado dos serviços do sistema de saúde, além de orientar o paciente quanto ao autogerenciamento do cuidado por meio de oferta de opções de cuidado, e ajudando-o a fazer escolhas adequadas (BODENMANN *et al.*, 2017; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; RINKE *et al.*, 2012).

Outra importante ação proporcionada pelo gerenciamento de caso é a possibilidade de seguimento e monitoramento do paciente. Para isso, estratégias como o acesso telefônico podem ser adotadas para o esclarecimento de dúvidas do paciente a respeito do plano de cuidado. O gestor de caso realiza visitas domiciliares para avaliar as respostas ao plano de cuidados e, se necessário, promove as adequações (REUNIUS *et al.*, 2013; RINKE *et al.*, 2012).

Assim, as principais estratégias implementadas nas intervenções para os serviços de emergência envolvem: comunicação, educação e orientação; engajamento e envolvimento da equipe; participação do paciente na elaboração do plano de alta; coordenar o paciente para o nível apropriado de cuidado; e evitar a permanência de pacientes no departamento de emergência que não atendam aos critérios de cuidado agudo (CRANE, *et al.*, 2012; ROMANIA, 2006; SADOWSKI *et al.*, 2009; TRICCO *et al.*, 2014; WEISS; SCHECHTER; CHANG, 2013).

Embora não tenha sido realizada a avaliação da qualidade metodológica e não tenha sido foco central avaliar a eficácia dessas estratégias das intervenções de gerenciamento de casos, verificou-se que 12 estudos mencionaram a redução do número de visitas ao departamento de emergência após a implementação da intervenção de gerenciamento de casos (BODENMANN *et al.*, 2017; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVER *et al.*, 2010; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SHUMWAY *et al.*, 2008; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SORIL *et al.*, 2015).

Entre os fatores que contribuíram para esses resultados, os pesquisadores destacaram as ações de cuidado abrangente relacionadas ao aconselhamento e à educação em saúde com foco no autogerenciamento e orientações para lidar com

questões de ordem psicossocial. Muitos destacaram ainda a atuação integrada da equipe multiprofissional e o papel central da enfermagem e do serviço social neste processo (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVE *et al.*, 2010; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015).

O gestor de caso é orientador, educador, advogado, colaborador, consultor, planejador, facilitador e gestor de riscos (ALTHAUS *et al.*, 2011; BODENMANN *et al.*, 2017; EDGREEN *et al.*, 2016; GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016; GROVE *et al.*, 2010; HUDON *et al.*, 2017; KUMAR; KLEIN, 2013; LEE; DAVENPORT, 2006; MCCARTY *et al.*, 2015; OKIN *et al.*, 2000; PHILLIPS *et al.*, 2006; PILLOW *et al.*, 2013; POPE *et al.*, 2000; SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009; SHUMWAY *et al.*, 2008; SORIL *et al.*, 2015). Ele tem o papel de estabelecer comunicação tanto com o paciente como com a família e o cuidador, para assegurar a participação e o engajamento ativo desses atores na tomada de decisão sobre as opções de cuidado e para que as metas de cuidado sejam alcançadas (BRISTOW; HERRICK, 2002; TAHAN; TREIGER, 2017).

O gerenciamento de casos adequado e oportuno prestado aos pacientes, requer do gestor de casos possuir três papéis: o financeiro, o administrativo e o clínico. O papel clínico é exercido por meio da identificação dos problemas reais e potenciais do paciente e consiste em elaborar e adaptar o plano de assistência em parceria com a equipe. Quanto ao aspecto gerencial, refere-se à responsabilidade de facilitar e coordenar o cuidado do paciente junto com a equipe multidisciplinar, determinando objetivos e duração de estadia hospitalar. Nesse sentido, o gestor de caso administra e orienta a assistência planejando o tratamento que atenda às necessidades do paciente e família. Já o papel financeiro está relacionado à educação do paciente e da família quanto ao uso dos serviços de modo a reduzir custos em saúde (FABBRI; MARIA; BERTOLACCINI, 2017).

Para que esse modelo de cuidado seja efetivo, é necessário que o gestor de casos tenha a capacidade de compreender experiências individuais e solucionar os problemas, bem como avaliar prioridades para o paciente, por meio de um cuidado centrado, promoção do autogerenciamento, vinculação do paciente, família, equipe e

médico da atenção primária, e principalmente, garantindo um seguimento na transição do cuidado dentro do sistema de serviços de saúde (CMSA, 2010; TAHAN; TREINER, 2017).

Portanto, o gerenciamento de casos trata-se de um modelo que promove o cuidado certo no momento certo, de modo a assegurar maior satisfação do usuário e diminuir custos dos cuidados prestados (SALLE *et al.*, 2018). Existe uma forte ênfase na promoção da defesa do paciente e apoio para que ele e sua família naveguem com segurança no sistema de saúde.

O estudo mostrou que o gerenciamento de casos nos serviços de emergência melhora o planejamento de alta, evita admissões inadequadas, reduz a utilização do serviço e os custos e melhora a satisfação do paciente e da equipe. Além disso, o gestor de caso se torna um elo do paciente com os recursos da comunidade, orienta os pacientes sobre a importância do seguimento com médicos profissionais da atenção primária, melhora o manejo clínico em todo o *continuum* do cuidado e promove a efetiva defesa do paciente para que ele tenha assegurada a continuidade do cuidado (BRISTOW; HERRICK, 2002).

De modo geral, os resultados deste estudo reafirmam a necessidade de que os serviços de emergência disponham de um profissional gestor de caso e equipe multiprofissional específica para coordenar o cuidado dos usuários frequentes com necessidades de cuidados complexos.

Esse processo deveria ter início na classificação de risco, por meio de um serviço que disponibilize um sistema de informação para identificação desses pacientes e transferência de informações entre os diferentes níveis de cuidado. Além disso, percebe-se que a participação de toda equipe multiprofissional é importante, no sentido de estabelecer contato entre profissionais e serviços e, principalmente, coordenar o cuidado desta população no sistema de saúde, evitando visitas frequentes e desnecessárias aos serviços de emergência. Na prática, os cuidados de gestão de casos prestados por enfermeiros podem melhorar a qualidade de vida e os resultados clínicos para os pacientes com necessidades de cuidados complexos, pois estes profissionais estão em estreita comunicação com os médicos e são apoiados por uma equipe multidisciplinar (BODENHEIMER; BERRY-MILLET, 2009).

Para isso, é necessário o apoio de gestores de políticas de cuidado de saúde pública no desenvolvimento e implementação do modelo de gerenciamento de casos

em departamentos de emergência, com o objetivo de garantir a coordenação e a continuidade do cuidado adequado a pacientes com necessidades de cuidados complexos que utilizam frequentemente o serviço.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este *scoping review* apresentou uma perspectiva global acerca dos 25 estudos que abordaram o gerenciamento de casos nas transições do cuidado de pessoas com necessidades complexas, em serviços de emergência. Além disso, mapeou as estratégias chaves empregadas nas intervenções de gerenciamento que podem ser utilizadas nas transições do cuidado dessa população nos serviços de emergência.

O gerenciamento de casos responde às complexas necessidades de uma clientela vulnerável, por meio de uma abordagem estruturada que promove o apoio ao autogerenciamento e a melhor integração do paciente com os serviços de saúde, mediante um planejamento de cuidado individualizado e colaboração da equipe multidisciplinar. Pode-se afirmar que o gerenciamento de casos é complexo, pois demanda a interação de múltiplos provedores de cuidado em busca de resultados efetivos. Assim, para que as ações de gerenciamento de casos sejam implementadas nos serviços de emergência de forma adequada e com qualidade, é importante o estabelecimento de vinculação com o médico da atenção primária.

As intervenções identificadas nos estudos mostraram que o gestor de casos assume o papel central de estabelecer a comunicação com o paciente via telefone e promover a ligação com o médico da atenção primária, a fim de assegurar a transmissão de todas as informações necessárias para a continuidade e o seguimento do cuidado após a alta do serviço de emergência.

Verificou-se que as estratégias de triagem com avaliação dos riscos, o planejamento individualizado e progressivo do cuidado e a coordenação do cuidado por meio do estabelecimento da comunicação eficaz entre as equipes multiprofissionais nos diferentes contextos do cuidado foram fundamentais para os desfechos favoráveis das intervenções implementadas.

Identificou-se que os pacientes admitidos no departamento de emergência que necessitam de cuidados complexos e serviços de diferentes configurações de cuidado no sistema de saúde correm maior risco de encontrar dificuldades na integração dos cuidados e, conseqüentemente, estão mais vulneráveis a sequelas e mortes.

Percebe-se que o gerenciamento de casos requer a atuação de uma equipe multidisciplinar, a vinculação com o paciente, a família e os provedores de cuidados e o uso de sistemas de informação. A gestão de casos permite a elaboração de um plano de cuidado individualizado para atender às necessidades clínicas e sociais do paciente, além de promover o uso adequado dos recursos e serviços de emergência.

O modelo favorece a coordenação e a continuidade do cuidado dentro da rede de serviços de saúde e garante que o paciente seja devidamente orientado quanto aos serviços necessários para atender às suas necessidades e o momento adequado para utilizar o serviço de emergência.

Tais aspectos são necessários para construir formas inovadoras e interativas como o gerenciamento de casos, para que haja uma transição do cuidado ideal de pacientes com necessidades de cuidados complexas, que busque ultrapassar os limites do cuidado tradicional nos departamentos de emergência.

Os achados deste *scoping review* identificaram as potencialidades e as principais estratégias adotadas para o gerenciamento de casos como aspectos que favorecem a identificação de caminhos possíveis para a qualificação dos serviços de emergência. Foram identificadas evidências que sustentam a adoção do modelo de gerenciamento de casos, por meio da articulação das instituições acadêmicas e dos gestores de políticas públicas com os espaços de assistência, como uma forma de coordenar o cuidado dessa população e reduzir a utilização inapropriada do serviço.

Verificou-se, como limitação das intervenções, o fato de estarem muito focadas no cuidado centrado no paciente. Além disso, poucos estudos enfatizam a participação da família no processo de gerenciamento de casos, embora isso tenha se mostrado necessário para promover o engajamento e o autogerenciamento do cuidado.

Percebe-se que a implementação de intervenções de gerenciamento de casos é importante para uma transição ideal, e elas podem ser aplicadas em diferentes cenários. Nesse sentido, o gestor de casos tem uma enorme responsabilidade ao realizar a triagem e avaliação das necessidades de cuidados do paciente, elaborar um plano de cuidado individualizado e, acima de tudo, defender e apoiar o paciente, independentemente do contexto em que ele esteja inserido.

O gerenciamento de casos trata-se, portanto, de uma intervenção cada vez mais reconhecida, mundialmente, e adequada para melhorar a satisfação do paciente

e a qualidade de vida, além de reduzir os custos e as visitas ao serviço de emergência. Outro aspecto que merece ser ponderado é a inclusão da temática na matriz curricular dos cursos formadores na área da saúde, para o conhecimento do papel e da importância de profissionais gestores de casos na transição do cuidado desses pacientes ao longo do *continuum* de cuidados. Além disso, esta tecnologia poderá ser utilizada na prática clínica, para o levantamento e seleção dos usuários frequentes deste setor, principalmente aqueles com necessidades de cuidados complexos, e posterior desenvolvimento de planos de cuidados individualizados que possam garantir a coordenação e continuidade do cuidado de forma oportuna e eficaz.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152735/001009949.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2017. DOI: <http://hdl.handle.net/10183/152735>
- ABRAHAM, J; KANNAMPALLIL, T; PATEL, V. Bridging gaps in handoffs: A continuity of care based approach. **J BiomedInform**, v. 45, n. 2, p. 240-254, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22094355>>. Acesso em: 07 dez. 2017. DOI:10.1016/j.jbi.2011.10.011
- ALTHAUS, F. *et al.* Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. **Ann EmergMed**, v.58, n. 1, p. 41–52, 2011. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/8cdc/7055f9166cee33ecfd4a89ee867d93edb235.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.10.011>
- ALVARADO, K. *et al.* Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. **Healthc Q** (Healthcare Quarterly), v. 9, n. Sp, p. 75-79, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/6710306\\_Transfer\\_of\\_Accountability\\_Transforming\\_Shift\\_Handover\\_to\\_Enhance\\_Patient\\_Safety](https://www.researchgate.net/publication/6710306_Transfer_of_Accountability_Transforming_Shift_Handover_to_Enhance_Patient_Safety)>. Acesso em: 07 dez. 2017. DOI:10.12927/hcq.2006.18464
- AMERICAN CASE MANAGEMENT ASSOCIATION (**ACMA**) *et al.* Standards of practice and scope of services for health care delivery system case management and transitions of care (TOC) professionals. **Little Rock**, 2013. Disponível em: <[https://www.acmaweb.org/forms/Case\\_Management\\_SoP\\_SoS.pdf](https://www.acmaweb.org/forms/Case_Management_SoP_SoS.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- AMERICAN CASE MANAGEMENT ASSOCIATION (**ACMA**). Definition of case management. **Little Rock, AR: Author**, 2002. Disponível em: <https://www.acmaweb.org/>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- ANONYMOUS. CMs coordinate care for frequent utilizers. **Hosp Case Manag**, v. 22, n.1, p.5-6, 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24404738>>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- AKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol**, v.8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <<https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- ATZEMA, C. L.; MACLAGAN, L. C. The Transition of Care Between Emergency Department and Primary Care: A Scoping Study. **Acad Emerg Med**, v. 24, n. 2,

2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.13125/epdf>. Acesso em: 19 fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/acem.13125>

AZEVEDO, A. L. de C. S. *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6585/8497>>. Acesso em: 06 jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017. DOI: 10.1590/1414-462X201600010106

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a Superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar: uma Revisão Sistemática. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/02.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017. DOI: 10.1590/s0102-311x2009000700002\_

BODENHEIMER, T.; BERRY-MILLET, R. Care management of patients with complex health care needs. **Res Synth Rep**, v.1, n. 19, 2009. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a25f/1bb0c8e97c1a00aa5766773ee74106fb5abe.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018. DOI: 52372

BODENMANN, P. *et al.* Case management may reduce emergency department frequent use in a universal health coverage system: a randomized controlled trial. **J GenInternMed**, v. 32, n. 5, p. 508-515, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3789-9>>. Acesso em: 12 nov. 2018. DOI: 10.1007/s11606-016-3789-9

BOLTZ, M. *et al.* Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. **Gerontologist**, New York, v. 53, n. 3, p. 441-453, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635857/pdf/gnt004.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017. DOI: 10.1093/geront/gnt004

BOULT, C. *et al.* Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report. **J AmGeriatrSoc**, v. 57, n. 12, p. 2328-2337, 2009. Disponível em: <http://sci-hub.cc/10.1111/j.1532-5415.2009.02571.x>>. Acesso em: 10 jun. 2017. DOI:10.1111/j.1532-5415.2009.02571.x

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. CONASS, p. 127, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BREWER, B. B.; JACKSON, L. A case management model for the emergency department. **J EmergNurs**, v. 23, n. 6, p. 618–621, 1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176797902804>>. Acesso em: 06 nov. 2017. DOI: 10.1016/s0099-1767(97)90280-4

BREWSTER, L. R.; RUDELL, L. S.; LESSER, C. S. Emergency room diversions: a symptom of hospitals under stress. **Issue Brief Cent Stud Health Syst Change**, n. 38, p.1–4, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11603406>>. Acesso em: 15 maio 2017.

BRISTOW, D. P.; HERRICK, C. A. Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. **Prof Case Manag**, v. 7, n. 6, p. 243-251, 2002. Disponível em: <[https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Abstract/2002/11000/Emergency\\_Department\\_Case\\_Management\\_The\\_Dyad.6.aspx](https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Abstract/2002/11000/Emergency_Department_Case_Management_The_Dyad.6.aspx)>. Acesso em: 02 maio 2018.

BURKE, *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **J HospMed**, v.8, n. 2, p. 102-109, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhm.1990>>. Acesso em: 25 jan. 2019. DOI:10.1002/jhm.1990\_

CASARIN, S. N. A., *et al.* Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 10 n. 4, p. 472-477, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13357.pdf>>. Acesso em: 03 nov.2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400002>

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. Standards of practice for case management. **Little Rock**, 2010. Disponível em: <[https://mafiadoc.com/standards-of-practice-for-case-management\\_599d525d1723dd0e40b197c4.html](https://mafiadoc.com/standards-of-practice-for-case-management_599d525d1723dd0e40b197c4.html)>. Acesso em: 08 mar. 2017.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. **Our history**. 2012. Disponível em: <[www.cmsa.org/Home/CMSA/OurHistory/tabid/225/Default.aspx](http://www.cmsa.org/Home/CMSA/OurHistory/tabid/225/Default.aspx)>. Acesso em: 09 jun. 2017.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA - **CMSA**. Standards of Practice for Case Management. U. S. A., **Little Rock**, p. 1-40, Revisado em 2016. Disponível em: <http://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AUSTRALIA – **CMSA**. National Standards of Practice for Case Management, 2013. Disponível em: <https://www.cmsa.org.au/certification/certification>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CASE MANAGEMENT ASSOCIATION OF SOUTH AFRICA – **CMASA**. 2013. Disponível em: <http://www.casemanagement.co.za/>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF SINGAPORE – **CMSS**. 2017. Disponível em: <https://www.casemanagement.sg/>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF UK. 2019. Disponível em: <https://www.cmsuk.org/case-management/cmsuk-standards-of-practice>>. Acesso em: nov. 2017.

CASE MANAGEMENT SOCIETY UK – **CMSUK**. Standards & Best Practice Guidelines. 2nd Edition, 2009. Disponível em: <https://www.cmsuk.org/uploads/page/000standards-2nd-ed-hoZc.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2017

CASE MANAGEMENT SOCIETY OF UK – **CMSUK**. Code of Ethics for Case Managers. **CMSUK with BABICM (British Association of Brain Injury Case Managers)**. 2008. Disponível em: <https://www.cmsuk.org/uploads/page/001code-of-ethicspdf-yj5D.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

COMMISSION FOR CASE MANAGER CERTIFICATION – **CCMC**. Case Management Knowledge. 2018. Disponível em: <https://www.cmbodyofknowledge.com/content/case-management-knowledge-2>. Acesso em: 19 fev. 2018.

COOK, R.; RENDER, M.; WOODS, D. D. Gaps in the continuity of care and progression patient safety. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 791-794, 2000. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/791>. Acesso em: 19 fev. 2018. PMID: 10720370

CESTA, T. G.; TAHAN, H. A. The case manager's survival guide: Winning strategies for clinical practice. **Mosby Incorporated**, 2003. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=hZAaXWXj0oQC&pg=PT69&lpg=PT69&dq=The+Case+Manager%27s+Survival+Guide:+Winning+Strategies+for+Clinical+Practice+download&source=bl&ots=3CnlJre1CO&sig=FFzAe0rPPtswokQxo0h5Vz-1Xl&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjA\\_O3998PXAhWEIZAKHetqC\\_MQ6AEIRDAE#v=onepage&q=The%20Case%20Manager's%20Survival%20Guide%3A%20Winning%20Strategies%20for%20Clinical%20Practice%20download&f=false](https://books.google.com.br/books?id=hZAaXWXj0oQC&pg=PT69&lpg=PT69&dq=The+Case+Manager%27s+Survival+Guide:+Winning+Strategies+for+Clinical+Practice+download&source=bl&ots=3CnlJre1CO&sig=FFzAe0rPPtswokQxo0h5Vz-1Xl&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjA_O3998PXAhWEIZAKHetqC_MQ6AEIRDAE#v=onepage&q=The%20Case%20Manager's%20Survival%20Guide%3A%20Winning%20Strategies%20for%20Clinical%20Practice%20download&f=false)>. Acesso em: 11 out. 2017.

COLEMAN, E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs.

**J Am Geriatr Soc**, v. 51, n. 4, p. 549-555, 2003. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x>>. Acesso em: 07 jan. 2019. DOI:10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x

COLEMAN, E. A. *et al.* The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Serv Q**, v. 26, n. 4, p. 93-104, 2007. Disponível em:

[https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J027v26n04\\_07](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J027v26n04_07)>. Acesso em: 24 abr. 2017. DOI:10.1300/j027v26n04\_07

COLEMAN, E. A. *et al.* The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. **Arch Intern Med**, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 2006. Disponível em: [https://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/06/39\\_The-Care-Transitions-Intervention-Results-of-a-Randomized-Controlled-Trial.pdf](https://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/06/39_The-Care-Transitions-Intervention-Results-of-a-Randomized-Controlled-Trial.pdf). Acesso em: 07 dez. 2017. DOI:10.1001/archinte.166.17.1822

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, n.4, p. 556–557, 2003. Disponível em: <<http://sci-hub.cc/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>>. Acesso em: 24 abr. 2017. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x

COMMISSION FOR CASE MANAGER CERTIFICATION – **CCMC**. About CCMC. U. S. A., 2017. Disponível em: <<https://ccmcertification.org/about-ccmc>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

COMMISSION FOR CASE MANAGER CERTIFICATION – **CCMC**. The code of professional conduct for case managers with Standards, Rules, Procedures and Penalties. Approved for Commission for Case Manager Certification - CCMC, **U. S. A.**, 2015. Disponível em:

<[https://ccmcertification.org/sites/default/files/docs/2017/code\\_of\\_professional\\_conduct.pdf](https://ccmcertification.org/sites/default/files/docs/2017/code_of_professional_conduct.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

COOPER, B. J.; ROBERTS, D. D. Y. National Case Management Standards in Australia – purpose, process and potential impact. **Aust Health Ver**, v.30, n. 1, p. 12-16, 2006. Disponível em: <<http://www.publish.csiro.au/AH/AH060012>>. Acesso em: 03 out. 2017. DOI:.org/10.1071/AH060012

CRANE, S. *et al.* Reducing utilization by uninsured frequent users of the emergency department: combining case management and drop-in group medical

appointments. **J Am Board FamMed**, v. 25, n. 2, p. 184-191, 2012. Disponível em: <<https://www.jabfm.org/content/25/2/184.long>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

DOI: 10.3122/jabfm.2012.02.110156

DANIELS, S. Advocacy and the Hospital Case Manager. **Prof Case Manag**, v. 14, n. 1, p. 48-51, 2009. Disponível em:

<[https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Citation/2009/01000/Advocacy\\_and\\_the\\_Hospital\\_Case\\_Manager.10.aspx](https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Citation/2009/01000/Advocacy_and_the_Hospital_Case_Manager.10.aspx)>. Acesso em: 20 set. 2018.

DOI: 10.1097/01.PCAMA.0000343148.27377.0c

DREYER, T. Care Transitions: Best Practices and Evidence – based programs. **Home Healthc Nurse**, v. 32, n.5, p. 309-316, 2014. Disponível em: <http://www.chrt.org/publication/care-transitions-best-practices-evidence-based-programs/>. Acesso em: 13 dez. 2017. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000069

EDGREN, G. *et al.* A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial. **Eur J EmergMed**, v. 23, n. 5, p. 344, 2016. Disponível em: [https://www.mja.com.au/system/files/issues/184\\_12\\_190606/phi10899\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_12_190606/phi10899_fm.pdf). Acesso em: 27 abr. 2018. DOI:10.1097/mej.0000000000000280

FABBRI, E.; MARIA, M. de; BERTOLACCINI, L. Case management: an up-to-date review of literature and a proposal of a county utilization. **Ann Transl Med**, v. 5, n. 20, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5673790/pdf/atm-05-20-396.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. DOI:10.21037/atm.2017.07.26

FINKELMAN, A. **Professional Nursing concepts: Competencies for Quality Leadership**. Fourth edition, 2019. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=3Vv3BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Professional+Nursing+concepts:+Competencies+for+Quality+Leadership.&ots=T--5Rn2JP3&sig=5yzTmFm61LPimYsOlcRXKrT97tY#v=onepage&q=Professional%20Nursing%20concepts%3A%20Competencies%20for%20Quality%20Leadership.&f=alse>. Acesso em: 20 jun. 2018. LIVRO ADQUIRIDO.

FREEMAN, G.; HUGHES, J. Continuity of care and the patient experience. An Inquiry into the Quality of General Practice in England. **The King's Fund**, p. 1-62, 2010. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.UK/sites/default/files/Continuity.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

FREITAS, L. F.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. A Continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enferm: Revista do Departamento de Enfermagem da UFPR**, v.19, n.4, p. 694-700, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993/23930>. Acesso em: 15 maio 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35993>

GARLET, E. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Text&contextnursing / UFSC**, v.18, n. 2, p. 266-272, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jun. 2017. DOI: 10.1590/S0104-0707200900020000

GILL, J. M.; MAINOUS III, A. G.; NSEREKO, M. The effect of continuity of care on emergency department use. **ArchFamMed**, v. 9, n. 4, p. 333, 2000. Disponível em: [https://triggered.clockss.org/ServeContent?rft\\_id=info:doi/10.1001/archfami.9.4.333](https://triggered.clockss.org/ServeContent?rft_id=info:doi/10.1001/archfami.9.4.333). Acesso em: 19 fev. 2018. PMID: 10776361

GONZALES, R. I. C., *et al.* Gerenciamento de Caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **RevLatAm Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 227-231, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13>>. Acesso em: 15 out. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200013>

GROVER, C. A., *et al.* Emergency Department Frequent User: Pilot Study of Intensive Case Management to Reduce Visits and Computed Tomography. **West J EmergMed**, v. XI, n. 4, 2010. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967685/pdf/wjem11\\_4p336.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967685/pdf/wjem11_4p336.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2017.

GROVER, C. A.; CRAWFORD, E.; CLOSE, R. J. The efficacy of case management on emergency department frequent users: an eight-year observational study. **J EmergMed**, v. 51, n. 5, p.595-604, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.jemermed.2016.06.002>>. Acesso em: 08 mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.06.002>

GUTHRIE, B; SAULTZ, J.; FREEMAN, G. K.; HAGGERTY, J. Continuity of care matters: relationships between doctors and patients are central to good care. **BMJ**, v. 337, n., p. 867, 2008. Disponível em: <<http://www.bmj.com/bmj/section-pdf/185978?path=/bmj/337/7669/Analysis.full.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a867>

HAGGERTY, J. L, *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 22, p. 1229 – 1221, 2003. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/327/7425/1219>>. Acesso em: 03 nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

HEWNER, S.; SULLIVAN, S. S.; YU, G. Reducing Emergency Room Visits and In-Hospitalizations by Implementing Best Practice for Transitional Care Using Innovative Technology and Big Data. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 15, n. 3, p. 170-177, 2018. Disponível em: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wvn.12286>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

HOWENSTEIN, J. S.; SANDY, L. Case Management and the expanded role of the Emergency Nurse. **J EmergNurs**, v. 38, n.5, p. 454-459, 2012. Disponível em: <[http://www.intljourtranur.com/article/S0099-1767\(11\)00242-X/abstract](http://www.intljourtranur.com/article/S0099-1767(11)00242-X/abstract)>. Acesso em: 18 set 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.05.004>

HONG, C. S.; SIEGEL, A. L.; FERRIS, T. G. Caring for High-Need, High-Cost Patients: What Makes for a Successful Care Management Program? New York: **Issue Brief (Commonw Fund)**, v. 19, n. 1, p. 1-19, 2014. Disponível em: <<https://www.issuelab.org/resources/25007/25007.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

HUDON, C. *et al.* Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. **Ann FamMed**, v. 13, n. 6, p. 523-528, 2015. Disponível em: <<http://www.anfammed.org/content/13/6/523.full.pdf+html>>. Acesso em: 02 jan. 2019. DOI: [10.1370/afm.1867](https://doi.org/10.1370/afm.1867)

HUDON, C. *et al.* Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. **BMJ Open**, v. 6, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051491/pdf/bmjopen-2016-012353.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012353>

HUDON, C. *et al.* Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review. **BMJ open**, v. 7, n. 10, p. e017762, 2017. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017762>>. Acesso em: 20 set. 2018. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-017762](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017762)

JOO, J. J., HUBER, D. L. Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. **Clin Nurs Res**, v. 1, n. 1, p. 1-25, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28658962>>. Acesso em: 12 out. 2017. DOI: [10.1177/1054773817717861](https://doi.org/10.1177/1054773817717861)

JOO, J. Y.; HUBER, D. L. Barriers in Case Managers' Roles: A Qualitative Systematic Review. **West J Nurs Res**, v. 40, n. 10, p. 1522-1542, 2018. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917728689#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em: 18 set. 2017. DOI: [10.1177/0193945917728689](https://doi.org/10.1177/0193945917728689)

KHALIL, H. *et al.* An evidence-based approach to scoping reviews. **Worldviews Evid Based Nurs**, v. 13, n. 2, p. 118-123, 2016. Disponível em: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12144>>. Acesso em: 12 nov. 2018. DOI: [10.1111/wvn.12144](https://doi.org/10.1111/wvn.12144)

KIM, Young-Ju; SOEKEN, K. L. A Meta-Analysis of the Effect of Hospital-Based Case Management on Hospital Length-of-Stay and Readmission. **Nurs Res**, v. 54, n. 4, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16027568>>. Acesso em: 17 nov. 2017. DOI: [10.1097/00006199-200507000-00007](https://doi.org/10.1097/00006199-200507000-00007)

KUMAR, G. S.; KLEIN, R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. **J EmergMed**, v. 44, n. 3, p. 717-729, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/sci-hub.cc/10.1016/j.jemermed.2012.08.035>>. Acesso em: 15 maio 2017. DOI: [10.1016/j.jemermed.2012.08.035](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.035)

LACALLE, E.; RABIN, E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. **Ann EmergMed**, v. 56, n. 1, p. 42-48, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064410001058>. Acesso em: 05 dez. 2018. DOI: [10.1016/j.annemergmed.2010.01.032](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032)

LEE, Keon-Hyung; DAVENPORT, L. Can case management interventions reduce the number of emergency department visits by frequent users? **Health Care Manag**, v. 25, n. 2, p. 155-159, 2006. Disponível em: <[https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2006/04000/Can\\_Case\\_Management\\_Interventions\\_Reduce\\_the.8.aspx](https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2006/04000/Can_Case_Management_Interventions_Reduce_the.8.aspx)>. Acesso em: 20 set. 2018. DOI: [10.1097/00126450-200604000-00008](https://doi.org/10.1097/00126450-200604000-00008)

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H., O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **ImplementSci**, v. 5, n. 1, p. 1–9, 2010. Disponível em: <<http://scihub.io/10.1186/1748-5908-5-69>>. Acesso em: 05 abr. 2017. DOI:10.1186/1748-5908-5-69

LEWIS, G.; WRIGHT, L.; VAITHIANATHAN, R. Multidisciplinary case management for patients at high risk of hospitalization: comparison of virtual ward models in the United Kingdom, United States, and Canada. **Popul Health Manag**, v. 15, n. 5, p. 315-321, 2012. Disponível em: <[https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/pop.2011.0086?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/pop.2011.0086?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)>. Acesso em: 02 maio 2018. DOI: 10.1089/pop.2011.0086

LOCKER, T. E. *et al.* Defining frequent use of an urban emergency department. **EmergMed J**, v. 24, n. 6, p. 398-401, 2007. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/24/6/398.short>. Acesso em: 05 dez 2018. DOI:10.1136/emj.2006.043844

MACHADO, L. F. *et al.* Program for Assertive Community Treatment (PACT) and case management: review of 20 years of literature. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 208-218, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a09v56n3>>. Acesso em: 30 jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300009>

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>

MCCARTY, R. L. *et al.* Frequent ED utilizers: A case management program to address patient needs. **NursManage**, v. 46, n. 9, p. 24-31, 2015. Disponível em: <[https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2015/09000/Frequent\\_ED\\_utilizers\\_A\\_case\\_management\\_program.5.aspx](https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2015/09000/Frequent_ED_utilizers_A_case_management_program.5.aspx)>. Acesso em: 27 abr. 2018. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000470771.17731.3d

MCDONALD, K. M. *et al.* Care coordination measures atlas update June 2014. **US Department of Health & Human Services Washington DC: Agency for Healthcare Research and Quality**, 2014. Disponível em: <[https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm\\_atlas.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2019.

MCDONALD, K. M. Care coordination measures atlas. **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2010. Disponível em: <[https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm\\_atlas.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MENDES, E.V. **A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. A organização da saúde no nível local.** São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998. Disponível em:

<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/rags\\_comsus/O\\_MACC\\_COMSUS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/rags_comsus/O_MACC_COMSUS.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2 ° Edição, p. 1-554, 2011. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/1IUN5gHxOAAGWd/18446212121840542550.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2017.

MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MENDES, E. V.; FERREIRA, P C.; PALNE, G. **Cuidados de transição e case management: construindo pontes para uma visão global da assistência**. 2018. Disponível em: <<http://mautic.livehcm.com/cuidados-de-transicao-e-case-management1>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

MITCHELL, G. *et al.* Case conferences between general practitioners and specialist teams to plan end of life care of people with end stage heart failure and lung disease: an exploratory pilot study. **BMC Palliat Care**, v. 13, n. 1, p. 24, 2014. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-24>>. Acesso em: 20 nov. 2018. DOI: 10.1186/1472-684X-13-24

NAYLOR, M. D. *et al.* The importance of transitional care in achieving health reform. **Health affairs**, v. 30, n. 4, p. 746-754, 2011. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2011.0041>>. Acesso em: 07 jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

NAYLOR, M.; BERLINGER, N. Transitional Care: A Priority for Health Care Organizational Ethics. Nurses at the Table: Nursing, Ethics, and Health Policy, special report, **Hastings Cent Rep**, v. 46, n. 5, p. 39-41, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hast.631>. Acesso em: 28 mar. 2018. DOI: 10.1002/hast.631

NATIONAL CASE MANAGEMENT NETWORK OF CANADA. Canadian standards of practice in case management. **Ottawa: NCMN**, 2009. Disponível em: <<http://www.ncmn.ca/resources/documents/english%20standards%20for%20web.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

NELSON, L. Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Disease Management and Care Coordination. **Congressional Budget Office Working Paper Series**, v. 1, p. 1-30, 2012. Disponível em: <<https://www.cbo.gov/sites/default/files/112th-congress-2011->

2012/workingpaper/WP2012-01\_Nelson\_Medicare\_DMCC\_Demonstrations\_1.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

NELSON, J. M.; PULLEY, A. L. Transitional care can reduce hospital readmissions. **Am Nurse Today**, v. 10, n. 4, p. 8, 2015. Disponível em: <<https://www.americannursetoday.com/transitional-care-can-reduce-hospital-readmissions/>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OKIN, R. L. *et al.* The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. **Am J EmergMed**, v. 18, n. 5, p. 603-608, 2000. Disponível em: <[https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(00\)14944-7/abstract](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(00)14944-7/abstract)>. Acesso em: 21 de ago. 2018. DOI:10.1053/ajem.2000.9292

PARK EUN-JUM; HUBER D. L. Case management workforce in the United States. **J Nurs Scholarsh**, v. 41, n. 2, p. 175-183, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19538702>>. Acesso em: 12 out. 2017. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01269.x

PELLETIER, L. R.; STICHLER, J. F. Ensuring patient and family engagement: a professional nurse's toolkit. **J Nurs Care Qual**, v. 29, n. 2, p. 110-114, 2014. Disponível em: <[https://journals.lww.com/jncqjournal/Citation/2014/04000/Ensuring\\_Patient\\_and\\_Family\\_Engagement\\_A.3.aspx](https://journals.lww.com/jncqjournal/Citation/2014/04000/Ensuring_Patient_and_Family_Engagement_A.3.aspx)>. Acesso em: 02 jan. 2019. DOI:10.1097/NCQ.0000000000000046

PETERS, M. D. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **Int J Evid Based Healthc**, v. 13, n. 3, p.141-146, 2015. Disponível em: <[https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Guidance\\_for\\_conducting\\_systematic\\_scoping\\_reviews.5.aspx](https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx)>. Acesso em: 01 maio 2017. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050

PHANEUF, M. **The Roles and Qualities Required of a Case Manager Case Management** - part 3. P. 1-7, 2005, Revised in 2008. Disponível em: <[http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument\\_anglais/The\\_Roles\\_and\\_Qualities\\_Required\\_of\\_a\\_Case\\_Manager.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/The_Roles_and_Qualities_Required_of_a_Case_Manager.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

PHANEUF, M. **Case Management: Client-Centered Care**. p. 1-25, 2008. Disponível em: <[http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument\\_anglais/Case\\_Management\\_Client-Centred\\_Care.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Case_Management_Client-Centred_Care.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2017.

PHILLIPS, G. A. *et al.* The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. **MJA**, v. 184, n. 12, p. 606-606, 2006. Disponível em: <[https://www.mja.com.au/system/files/issues/184\\_12\\_190606/phi10899\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_12_190606/phi10899_fm.pdf)>. Acesso em: 02 maio 2018.

PILLOW, M. T. *et al.* An emergency department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. **J EmergMed**, v. 44, n. 4, p. 853-860, 2013. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467912010864>>. Acesso em: 02 out. 2018. DOI: 10.1016/j.jemermed.2012.08.020

PINES J. M., ASPLIN, B. R. Conference Proceedings-Improving the Quality and Efficiency of Emergency Care Across the Continuum: a Systems Approach. **AcadEmergMed**, v. 18, n. 6 p. 655-61, 2011. Disponível em: <<http://sci-hub.cc/10.1111/j.1553-2712.2011.01085.x>>. Acesso em: 10 abr. 2017. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2011.01085.x

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta. paul. enfer.**, v.21, n.3, p. 509-514, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300021>

POPE, D. *et al.* Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. **CMAJ**, v. 162, n. 7, p. 1017-1020, 2000. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/162/7/1017.short>>. Acesso em: 12 set. 2018.

REINIUS, P. *et al.* A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. **Eur J EmergMed**, v. 20, n. 5, p. 327-334, 2013. Disponível em: <[https://journals.lww.com/euro-emergencymed/Abstract/2013/10000/A\\_telephone\\_based\\_case\\_management\\_intervention.6.aspx](https://journals.lww.com/euro-emergencymed/Abstract/2013/10000/A_telephone_based_case_management_intervention.6.aspx)>. Acesso em: 24 ago. 2018. DOI: 10.1097/MEJ.0b013e328358bf5a

RENNKE, S.; RANJI, S. R. Transitional care strategies from hospital to home: A Review for the Neurohospitalist. **Neurohospitalist**, v. 5, n. 1, p: 35-42, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272352/>>. Acesso em: 07 dez. 2017. DOI: 10.1177/1941874414540683

RIDER A. C. *et al.* Transition of care from the emergency department to the outpatient setting: a mixed-methods analysis. **West J EmergMed**, v. 19, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/3204f7rp>>. Acesso em: 30 nov. 2018. DOI: 10.5811/westjem.2017.9.35138

RINKE, M. L. *et al.* Operation care: a pilot case management intervention for frequent emergency medical system users. **Am J EmergMed**, v. 30, n. 2, p. 352-357, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675710005929>>. Acesso em: 27 abr. 2018. DOI: 10.1016/j.ajem.2010.12.012

RIVERS, E. P. *et al.* Critical care and emergency medicine. **CurrOpinCrit Care**, v. 8, n. 6, p. 600–606, 2002. Disponível em: <[http://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2002/12000/Critical\\_care\\_and\\_emergency\\_medicine.20.aspx](http://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2002/12000/Critical_care_and_emergency_medicine.20.aspx)>. Acesso em: 12 maio 2017.

ROBERTS, R. M. *et al.* A service model of short-term case management for elderly people at risk of hospital admission. **Aust Health Rev**, v. 31, n. 2, p. 173-183, 2007.

Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/ah/AH070173>. Acesso em: 02 maio 2018. DOI:10.1071/ah070173

ROMANIA, M. The benefits of an emergency department case management program. **Pa Nurse**, v. 61, n. 3, p. 15, 33, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17066837>>. Acesso em: 02 maio 2018. PMID: 17066837

SADOWSKI, L. S. *et al.* Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. **Jama**, v. 301, n. 17, p. 1771-1778, 2009. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/183842>>. Acesso em: 20 ago. 2018. DOI: 10.1001/jama.2009.561

SANTOS, J. L. G. *et al.* Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva do enfermeiro. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 22 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>

SANTOS, J. L. G; LIMA, M. A. D. S. L. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p- 695-702, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a09.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976922463>

SALLEE, L. *et al.* Emergency department case management. **HURON**, 2018. Disponível em: <[SCHRAEDER, C. \*et al.\* Evaluation of a primary care nurse case management intervention for chronically ill community dwelling older people. \*\*J ClinNurs\*\*, v. 17, n. 11c, p. 407-417, 2008. Acesso em: 18/09/2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02578.x/epdf>>. Acesso em: 18 set. 2017. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02578.x](https://www.google.com.br/search?ei=DuwJXKOGDsa5wATRq4vYBw&q=linda+salee+emergency+department+case+management&og=linda+salee+emergency+department+case+management&gs_l=psy-ab.3...612387.624888..625369...2.0..1.312.8960.0j38j11j1.....0....1..gws-wiz.....0j35i39j0i131j0i67j0i10i203j0i203j0i22i30j33i160j33i21j33i22i29i30.XcR80QS CwRY>. Acesso em: 20 jul. 2018.</p>
</div>
<div data-bbox=)

SHUMWAY, M. *et al.* Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. **Am J EmergMed**, v. 26, n. 2, p. 155-164, 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675707003026>>. Acesso em: 02 maio 2018. DOI: 10.1016/j.ajem.2007.04.021

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **CiencSaudeColet**, Rio de Janeiro, v.

16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

SNOW, V. *et al.* Transitions of care consensus policy statement American college of physicians-society of general internal medicine-society of hospital medicine-American geriatrics society-American college of emergency physicians-society of academic emergency medicine. **J GenInternMed**, v. 24, n. 8, p. 971-976, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19479781>>. Acesso em: 25 jan. 2019. DOI: 10.1007/s11606-009-0969-x

SKINNER, J.; CARTER, L.; HAXTON, C. Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. **EMJ**, v. 26, n. 2, p. 103-105, 2009. Disponível em: <<https://emj.bmj.com/content/26/2/103.short>>. Acesso em: 21 ago. 2018. DOI: 10.1136/emj.2008.063081

SORIL, L. J. J. *et al.* Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions. **PLoSOne**, v. 10, n. 4, p. 1 – 18, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123660>>. Acesso em: 02 out. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0123660

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:** Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 03 maio 2017.

STARFIELD, B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? **Perm J**, v. 15, n. 2, p. 63 – 69, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/pdf/i1552-5775-15-2-63.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

STOKES, J. *et al.* Effectiveness of case management for 'AtRisk' patients in primary care: a systematic review and meta-analysis. **PLoSOne**, v. 10, n. 7, p. e0132340, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0132340>. Acesso em: 02 out. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0132340. eCollection 201

SWEENEY, L.; HALPERT, A.; WARANOFF, J. Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. **Am J ManagCare**, v. 13, n. 2, p. 84-96, 2007. Disponível em: <<https://dataprivacylab.org/dataprivacy/projects/complexcare/paper.pdf>>. Acesso em: Out. 2017.

TADROS, A. S. *et al.* Effects of an Emergency Medical Services–based resource access program on frequent users of health services. **PrehospEmergCare**, v. 16, n. 4, p. 541-547, 2012. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/227393849\\_Effects\\_of\\_an\\_Emergency\\_Medical\\_Services-](https://www.researchgate.net/publication/227393849_Effects_of_an_Emergency_Medical_Services-)

based Resource Access Program on Frequent Users of Health Services>. Acesso em: 20 ago. 2018. DOI: 10.3109/10903127.2012.689927

TAHAN, H. Essential Activities and Knowledge Domains of Case Management News insights from the CCMC Role and Functions Study. **Case Manager**, v. 17, n. 3, p. 45-48, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16720258>>. Acesso em: 12 out. 2017.

TAHAN, H. M.; TREIGER, T. M. **CMSA core curriculum for case management**. Lippincott Williams & Wilkins, 2017. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=GUW3s7hz\\_rYC&oi=fnd&pg=PA3&dq=cmsa+core+curriculum+for+case+management+3rd+edition+TAHAN+TREIGER&ots=XArYzpkAT&sig=DWhnxSj8OvxDeNeKUzIWRhli73Q#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=GUW3s7hz_rYC&oi=fnd&pg=PA3&dq=cmsa+core+curriculum+for+case+management+3rd+edition+TAHAN+TREIGER&ots=XArYzpkAT&sig=DWhnxSj8OvxDeNeKUzIWRhli73Q#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 05 de jun. 2018. LIVRO ADQUIRIDO.

TEMPLE, B. *et al.* Emergency department interventions for person with dementia presenting with ambulatory care-sensitive conditions: a scoping review protocol. **JBIS Database System Ver Implement Rep**, v. 15, n° 2, p. 196-201, 2017. Disponível em: <[http://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/02000/Emergency\\_department\\_interventions\\_for\\_persons.3.aspx](http://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/02000/Emergency_department_interventions_for_persons.3.aspx)>. Acesso em: 18 maio 2017. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003263

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. The Joanna Briggs Institute Reviewers' **Manual Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews**. The University of Adelaide South Austrália, 2015. Disponível em: <[https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual\\_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TRICCO, A. C. *et al.* Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**, v. 186, n.15, p. E568-E578, 2014. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/186/15/E568.short>>. Acesso em: 02 ago. 2018. DOI: 10.1503/cmaj.140289

TRICCO A. C., *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n° 7, p. 467-73, 2018. Disponível em: <<https://annals.org/aim/fullarticle/2700389/prisma-extension-scoping-reviews-prisma-scr-checklist-explanation>>. Acesso em: 10 mar. 2019. DOI: 10.7326/M18-0850

VINTON, D.T. *et al.* Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. **EmergMed J**. v. 31, n. 7, p. 526–532, 2014. Disponível em: <<http://emj.bmj.com/content/emmermed/31/7/526.full.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017. DOI: 10.1136/emmermed-2013-202407

YAMAMOTO, L.; LUCEY, C. Case Management “Within the Walls” A Glimpse Into the Future. **CritCareNurs Q**, v. 28, n. 2, p. 162–178, 2005. Disponível em: <[http://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2005/04000/Case\\_Management\\_Within\\_the](http://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2005/04000/Case_Management_Within_the)>

Walls A Glimpse Into.8.aspx>. Acesso em: 03 nov. 2017. DOI: 10.1097/00002727-200504000-00008

WALSH, K. M. ED case managers: One large teaching hospital's experience. **J EmergNurs**, v. 25, n. 1, p. 17-20, 1999. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176799701236>>. Acesso em: 05 set. 2018. DOI: 10.1016/s0099-1767(99)70123-6

WALSH, K. T.; MORAN, P.; GREENWOOD, C. A successful emergency department case management practice model. **The Case Manager**, v. 14, n. 6, p. 54-57, 2003. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1061925903002091>>. Acesso em: 20 abr. 2018. DOI: 10.1016/s1061-9259(03)00209-1

WALSH, K.; ZANDER, K. Emergency Department Case Management: The Compendium of Best Practices. Second Edition, p. 224, 2014. Disponível em: <[https://hcmarketplace.com/aitdownloadablefiles/download/aitfile/aitfile\\_id/1616.pdf](https://hcmarketplace.com/aitdownloadablefiles/download/aitfile/aitfile_id/1616.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

WATKINS, L. M.; PATRICIAN, P. A. Handoff communication from the emergency department to primary care. **AdvEmergNurs J**, v. 36, n. 1, p. 44-51, 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/260039877\\_Handoff\\_Communication\\_From\\_the\\_Emergency\\_Department\\_to\\_Primary\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/260039877_Handoff_Communication_From_the_Emergency_Department_to_Primary_Care)>. Acesso em: 02 maio 2018. DOI: 10.1097/TME.0000000000000003

WEISS, A.; SCHECHTER, M.; CHANG, G. Case management for frequent emergency department users. **PsychiatrServ**, v. 64, n. 7, p. 715-716, 2013. Disponível em: <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201200496>>. Acesso em: 02 ago. 2018. DOI: 10.1176/appi.ps.201200496

WHITE, P.; HALL, M. E. Mapping the literature of case management nursing. **JMLA**, v. 94, n. 2, p. E99, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463029/pdf/i1536-5050-094-02S-0099.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.

**Quadro 5.** Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.

BASES DE DADOS	ESTRATEGIA DE BUSCA
<p style="text-align: center;"><b>MEDLINE</b> viaPubmed</p>	<p>((“patient care”) AND (((((“patient care management”) OR “patient care planning”) OR “case management”) OR “managed care programs”) OR “case managers”)) AND (((((“emergency service, hospital”) OR “primary health care”) OR “emergency medical services”) OR “emergency medical service communication systems”) OR “emergency treatment”) Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((“patient care”) AND ((“patient –centered care”) OR “patient navigation”)) AND (((((“emergency service, hospital”) OR “primary health care”) OR “emergency medical services”) OR “emergency medical service communication systems”) OR “emergency treatment”) Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((“patient care”) AND (((((“continuity of patient care”) OR “transitional care”) OR “patient discharge”) OR “patient transfer” OR “patient handoff”)) AND (((((“emergency service, hospital”) OR “primary health care”) OR “emergency medical services”) OR “emergency medical service communication systems”) OR “emergency treatment”) Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((“critical care”) AND (((((“patient care management”) OR “patient care planning”) OR “case management”) OR “managed care programs”) OR “case managers”)) AND (((((“emergency service, hospital”) OR “primary health care”) OR “emergency medical services”) OR “emergency medical service communication systems”) OR “emergency treatment”) Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((“critical care”) AND ((“patient –centered care”) OR “patient navigation”)) AND (((((“emergency service, hospital”) OR “primary health care”) OR “emergency medical services”) OR “emergency medical service communication systems”) OR “emergency treatment”) Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p>

**(Continuação) Quadro 5.** Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.

	<p>((("critical care") AND (((("continuity of patient care") OR "transitional care") OR "patient discharge") OR "patient transfer" OR "patient handoff"))) AND (((("emergency service, hospital") OR "primary health care") OR "emergency medical services") OR "emergency medical service communication systems") OR "emergency treatment") Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((("critical care") AND "patient care")) AND (((("patient care management") OR "patient care planning") OR "case management") OR "managed care programs") OR "case managers") AND (((("emergency service, hospital") OR "primary health care") OR "emergency medical services") OR "emergency medical service communication systems") OR "emergency treatment") Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((("critical care") AND "patient care")) AND (("patient -centered care") OR "patient navigation") AND (((("emergency service, hospital") OR "primary health care") OR "emergency medical services") OR "emergency medical service communication systems") OR "emergency treatment") Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((("critical care") AND "patient care")) AND (((("continuity of patient care") OR "transitional care") OR "patient discharge") OR "patient transfer" OR "patient handoff")) AND (((("emergency service, hospital") OR "primary health care") OR "emergency medical services") OR "emergency medical service communication systems") OR "emergency treatment") Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((((( "complex care needs") OR "acute care") OR "hospital critical care") OR pre-hospital intensive care")) AND "nurse case management") AND (((emergency) OR "prehospital emergency care") OR "emergency care, prehospital") Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p> <p>((((( "complex care needs") OR "acute care") OR "hospital critical care") OR pre-hospital intensive care")) AND (((("care, transitional") OR "transitional of care") OR "care transitions") OR "transfer of patient care") OR "care coordination")) AND (((emergency) OR "prehospital emergency care") OR "emergency care, prehospital") Filters: Humans; English; Portuguese; Spanish; Adult: 19+ years</p>
--	--

**(Continuação) Quadro 5.** Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.

<p style="text-align: center;"><b>WEB OF SCIENCE</b> via Capes periódicos</p> <p>Obs: a base de dados não disponibiliza filtro por ser humano e nem por idade; foi utilizado filtro língua inglesa, porém as estratégias antes dos filtros resultou em apenas artigos na língua inglesa; não foi limitado tempo de busca, devido ao estudo do tipo Scoping ser caracterizado por uma maior amplitude na busca.</p>	<p>("complex care needs" OR "acute care" OR "critical care") AND ("Nurse case management" OR "Nurse case manager" OR "Case management") AND (Emergency OR "Prehospital emergency care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "emergency department" AND (english*))</p> <p>("complex care needs" OR "acute care" OR "critical care") AND ("care, transitional" OR "transitions of care" OR "care transitions" OR "transfer of patient care" OR "care coordination" AND (Emergency OR "Prehospital emergency care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "emergency department" AND (english*))</p> <p>("complex care needs" OR "acute care" OR "critical care") AND ("patient centered") AND (Emergency OR "Prehospital emergency care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "emergency department" AND (english*))</p>
<p style="text-align: center;"><b>CINAHL</b></p> <p>Descritor controlado: TERMO CINAHL Filtros: Idade; Adulto; Língua português, espanhol e inglês</p>	<p>"complex care needs" OR "acute care" OR "critical care" OR "patient care" AND "emergency department" OR "prehospital emergency care" OR "emergency care" OR "emergency services" OR "emergence service, hospital" OR "primary health care" OR "emergency medical service" OR "emergency medical service communication systems" OR "emergency treatment" AND "nurse case management" OR "nurse case management role" OR "nurse case manager" OR "case management" OR "patient advocacy" OR "case management nursing" OR "case manager" OR "case management model" OR "case management of care" OR "case management role" OR "case management roles and functions" OR "case management competencies" OR "patient care management" OR "patient care planning" OR "managed care programs"</p> <p>"complex care needs" OR "acute care" OR "critical care" OR "patient care" AND "emergency department" OR "prehospital emergency care" OR "emergency care" OR "emergency services" OR "emergence service, hospital" OR "primary health care" OR "emergency medical service" OR "emergency medical service communication systems" OR "emergency treatment" AND "patient centered care" OR "patient navigation" OR "patient navigation model" OR "patient navigation program"</p> <p>"complex care needs" OR "acute care" OR "critical care" OR "patient care" AND "emergency department" OR "prehospital emergency care" OR "emergency care" OR "emergency services" OR "emergence service, hospital" OR "primary health care" OR "emergency medical service" OR "emergency medical service communication</p>

**(Continuação) Quadro 5.** Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados.

	<p>systems" OR "emergency treatment" AND ""care transitions" OR "care transitions intervention" OR "care, transitional" OR "care transitions of care" OR "transitions of care" OR "care coordination" OR "care coordination models" OR "transition management" OR "transitional care" OR "patient discharge" OR "patient transfer" OR "patient handoff" OR "continuity of patient care" OR "continuity of care"</p>
<p><b>EMBASE</b> via OVID</p> <p>Descritor controlado: Emtree Filtros: Humano e língua inglesa, pois a base de dados não disponibiliza os filtros língua portuguesa e espanhol</p>	<p>"patient care" OR "intensive care" OR "emergency care" AND "case manager" OR "case management" OR "patient care planning" OR "health insurance" AND "transitional care" OR "hospital discharge" OR "progressive patient care" OR "patient transport" OR "clinical handover" AND "hospital emergency service" OR "primary health care" OR "emergency health service" OR emergency OR "emergency treatment"</p>
<p><b>LILACS</b> via BVS</p> <p>Descritor controlado: DECS Filtros: Humano, adulto, línguas (português, inglês e espanhol)</p>	<p>(mh:("Administração de Caso") OR mh:("Programas de Assistência Gerenciada") OR mh:("Defesa do Paciente") OR mh:("Cuidados de Enfermagem") AND db:("LILACS") AND limit:("humans" OR "adult") AND la:("en" OR "pt" OR "es")) AND (mh:("Serviço Hospitalar de Emergência") OR mh:("Serviços Médicos de Emergência") OR mh:("Atenção Primária à Saúde") AND db:("LILACS") AND limit:("humans" OR "adult") AND la:("en" OR "pt" OR "es")) AND (instance:"regional")</p> <p>(mh:("Continuidade da Assistência ao Paciente") AND db:("LILACS") AND limit:("humans" OR "adult") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (mh:("Serviço Hospitalar de Emergência") OR mh:("Serviços Médicos de Emergência") OR mh:("Atenção Primária à Saúde") AND db:("LILACS") AND limit:("humans" OR "adult") AND la:("en" OR "pt" OR "es"))</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras

## APÊNDICE B - Formulário de mapeamento dos dados

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

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

Referência do artigo: \_\_\_\_\_

Variáveis	Síntese da extração
<b>1. Informações gerais sobre a publicação</b>	
1.1 Autor	
1.2 Instituição de vínculo do(s) autor (es)	
1.3 Título do estudo	
1.4 Título do Periódico	
1.5 Ano da publicação	
1.6 Origem / país de origem	
1.7 Descritores(d) palavras chave(p)	
1.8 Fator de impacto	
<b>2. Detalhamento do estudo</b>	
2.1 Tipo de estudo	
2.2 Fenômenosde interesse	
2.3 Cenário	
2.4 Cultura	
2.5 Participantes da ação de gerenciamento	
2.6 Intervenção de gerenciamento de casos	
2.7 Coleta de dados	
2.8 Análise estatística	
<b>3.0 Considerações</b>	
3.1 Resultados e Discussão	
3.2 Conclusão	
3.3 Comentários sobre as principais conclusões dos autores	
3.4 Limitação do estudo/ Implicações para a prática	

## APÊNDICE C - Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência

**Quadro 6** - Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência, 2018.

ESTUDO	AUTOR/ANO	PAÍS/CIDADE	TÍTULO DO ESTUDO	INTERVENÇÃO
E1	SALLEE <i>et al.</i> , 2018	Estados Unidos/ Mississippi	<i>Emergency department case management</i>	<b>Gerenciamento de casos no departamento de emergência</b> ( <i>Emergency department case management</i> )
E2	HUDON <i>et al.</i> , 2017	Canadá	<i>Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review.</i>	<b>Intervenções de gerenciamento de casos para usuários frequentes do departamento de emergência</b>
E3	GROVER; CRAWFORD; CLOSE, 2016	Estados Unidos/ Península/Montevideo/Califórnia	<i>The efficacy of case management on emergency department frequent users: An Eight-Year Observational Study</i>	<b>Programa de gerenciamento de casos eletrônico</b> ( <i>case management program on the electronic track board</i> )
E4	EDGREEN <i>et al.</i> , 2016	Suécia	<i>A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial</i>	<b>Intervenção de gerenciamento de caso via telefone-</b> Modelo adaptado ( <i>telephone-based intervention</i> )
E5	BODENMANN <i>et al.</i> , 2016	Suíça/ Lausanne	<i>Case management may reduce emergency department frequent use in a universal health coverage E6system: a randomized controlled trial.</i>	<b>Intervenção de gerenciamento de casos individualizada</b> ( <i>Individualized case management intervention</i> )

**(Continuação) Quadro 6 - Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência, 2018.**

E6	SORIL <i>et al.</i> , 2015	Canadá/ Alberta/ Calgary	<i>Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions</i>	<b>Intervenções de gerenciamento de casos</b>
E7	MCCARTY <i>et al.</i> , 2015	Estados Unidos/Everett/ Washington/ Snohomish	<i>Frequent ED utilizers: A case management program to address patient needs</i>	<b>Programa de gerenciamento de casos no departamento de emergência (case management program – EDCMP)</b>
E8	ANONYMOUS, 2014	Estados Unidos/ Michigan	<i>CMs coordinate care for frequent utilizers</i>	<b>Programa de gerenciamento de cuidado complexo (complex care management program)</b>
E9	WALSH; ZANDER, 2014	Estados Unidos	<i>Emergency department case management: the compendium of best practices</i>	<b>Gerenciamento de caso no departamento de emergência (ED case management)</b>
E10	KUMAR; KLEIN, 2013	Estados Unidos/ Georgia/ Atlanta	<i>Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review.</i>	<b>Intervenções de gerenciamento de casos para usuários frequentes do departamento de emergência</b>
E11	REUNIUS <i>et al.</i> , 2013	Suécia/ Stockholm	<i>A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors</i>	<b>Intervenção de gerenciamento de caso via telefone</b>
E12	PILLOW <i>et al.</i> , 2013	Estados Unidos/ Houston/ Texas Baltimore	<i>An emergency department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans</i>	<b>Intervenção de planos de cuidados (Careplansintervention)</b>

**(Continuação) Quadro 6 - Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência, 2018.**

E13	RINKE <i>et al.</i> , 2012	Estados Unidos/ Baltimore	<i>Operation care: a pilot case management E13intervention for frequent emergency medical system users</i>	<b>Intervenção de gerenciamento de casos intensivo para usuários frequentes do sistema médico de emergência</b>
E14	ALTHAUS <i>et al.</i> , 2011	Canadá	<i>Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review</i>	<b>Intervenções de gerenciamento de casos para usuários frequentes do departamento de emergência</b>
E15	GROVER <i>et al.</i> , 2010	Estados Unidos/ California	<i>Emergency department frequent user: pilot study of intensive case management to reduce visits and computed tomography.</i>	<b>Programa piloto de gerenciamento de casos</b> (Case management pilot program)
E16	SKINNER; CARTER; HAXTON, 2009	Reino Unido/ Edinburgh/ Scotland	<i>Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department.</i>	<b>Gerenciamento de casos no departamento de emergência</b> (Case management)
E17	SHUMWAY <i>et al.</i> , 2008	Estados Unidos/ California/ São Francisco	<i>Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial</i>	<b>Intervenção de gerenciamento de casos para pacientes psiquiátricos visitantes frequentes do departamento de emergência</b>
E18	PHILLIPS <i>et al.</i> , 2006	Austrália/ Melbourne	<i>The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department</i>	<b>Intervenção de gerenciamento de casos</b> de acordo com o modelo ALERT (assessment, liaison and early referral team - case management model)
E19	LEE; DAVENPORT, 2006	Estados Unidos/ Orlando/ Florida	<i>Can case management interventions reduce the number of emergency department visits by frequent users?</i>	<b>Intervenções de gerenciamento de casos</b> (Case management interventions)

**(Continuação) Quadro 6 - Estudos elegíveis sobre intervenção de gerenciamento de casos no contexto da emergência, 2018.**

E20	WALSH; MORAN; GREENWOOD, 2003	Estados Unidos	<i>A successful emergency department case management model</i>	<b>Modelo prático de gerenciamento de casos</b> ( <i>Case management practice model</i> )
E21	OKIN <i>et al.</i> , 2000	Estados Unidos/ São Francisco/ California	<i>The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users.</i>	<b>Gerenciamento de casos clínicos compreensivo e intensivo</b> ( <i>Intensive comprehensive clinical case management</i> )
E22	BRISTOW; HERRICK, 2002	Estados Unidos/ Carolina do Norte/ Winston- Salem	<i>Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review</i>	<b>Gerenciamento de casos centrado na diáde assistente social e enfermeiro gestor de caso no DE</b>
E23	POPE <i>et al.</i> , 2000	Canadá/ Vancouver	<i>Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits.</i>	<b>Programa de gerenciamento de casos difíceis</b> ( <i>Difficult-case management program</i> )
E24	WALSH, 1999	Estados Unidos/ Boston/ Massachusetts	<i>ED case managers: One large teaching hospital's experience</i>	<b>Intervenção de enfermeiras gestoras de caso no departamento de emergência</b>
E25	BREWER; JACKSON, 1997	Estados Unidos/ Tucson/ Arizona	<i>A case management model for the emergency department</i>	<b>Gerenciamento de casos por enfermeiras no departamento de emergência</b>

**Fonte:** Elaborado pelas autoras