

Estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional em serviços de emergência: *scoping review*

Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review

Estratégia para el manejo de casos em la atención de transición em servicios de emergencia: scoping review

Priscilla Gonçalves de Castro Gomes Braz¹

ORCID: 0000-0003-1124-5401

Vanessa da Silva Carvalho Vila¹

ORCID: 0000-0002-1785-8682

Heliny Carneiro Cunha Neves^{II}

ORCID: 0000-0001-8240-1059

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

Como citar este artigo:

Braz PGCG, Vila VSC, Neves HCC. Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20190506. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0506>

Autor Correspondente:

Priscilla Gonçalves de Castro Gomes Braz
E-mail: priscillagoncalves_enf@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

Submissão: 23-09-2019 **Aprovação:** 14-06-2020

RESUMO

Objetivo: mapear e sintetizar as estratégias implementadas para o gerenciamento de caso no cuidado transicional de pacientes com necessidades complexas nos serviços de emergência. **Método:** *scoping review* conduzido segundo os pressupostos metodológicos do Instituto Joanna Briggs. Foram analisados 23 estudos, com diferentes delineamentos metodológicos, sobre as estratégias empregadas no gerenciamento de casos envolvendo populações adultas e idosas, no contexto dos serviços de emergência. **Resultados:** as principais estratégias empregadas foram: rastreamento/identificação e estratificação de risco do paciente; plano de gerenciamento do cuidado; coordenação do cuidado por meio da atuação multiprofissional; apoio ao processo de transição; monitoramento e seguimento contínuo do paciente. **Considerações finais:** essas estratégias utilizaram abordagens estruturadas do cuidado nos serviços de emergência, para promover o apoio ao autogerenciamento e o efetivo cuidado transicional de pessoas com necessidades complexas, garantindo a integralidade, coordenação e continuidade do cuidado. **Descritores:** Administração de Caso; Assistência Centrada no Paciente; Cuidado Transicional; Revisão; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Objective: to map and synthesize the strategies implemented for case management in transitional care for patients with complex needs in emergency services. **Method:** a scoping review conducted under the Joanna Briggs Institute guidance. Twenty-three studies were analyzed, with different methodological designs, on the strategies used in case management involving adult and elderly populations in emergency services. **Results:** the main strategies employed were patient risk stratification screening/identification, care management plan, coordination of care through multidisciplinary activities, support for the transition process, continuous patient monitoring, and follow-up. **Final considerations:** these strategies used structured approaches to care in emergency services to promote support for self-management and effective transitional care for people with complex needs, ensuring comprehensiveness, coordination, and continuity of care. **Descriptors:** Case Management; Patient-Centered Care; Transitional Care; Review; Emergency Medical Services.

RESUMEN

Objetivo: mapear y sintetizar las estrategias implementadas para el manejo de casos en la atención de transición de pacientes con necesidades complejas en los servicios de emergencia. **Método:** una *scoping review* realizada según los supuestos metodológicos del Instituto Joanna Briggs y de Levac, Colquhoun y O'Brien. Se analizaron 23 estudios, con diferentes diseños metodológicos, sobre las estrategias utilizadas en el manejo de casos en poblaciones de adultos y ancianos, en el contexto de los servicios de emergencia. **Resultados:** las principales estrategias empleadas fueron: seguimiento/identificación del paciente y estratificación del riesgo; plan de gestión de la atención; coordinación de la atención a través de actividades multiprofesionales; apoyo para el proceso de transición; monitoreo continuo y seguimiento del paciente. **Consideraciones finales:** estas estrategias utilizaron enfoques de atención estructurada en los servicios de emergencia, para promover el apoyo para el autocontrol y la atención de transición efectiva para las personas con necesidades complejas, asegurando la integralidad, coordinación y continuidad de la atención. **Descritores:** Manejo de Caso; Atención Dirigida al Paciente; Cuidado de Transición; Revisión; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUÇÃO

Estudos evidenciam que os usuários dos sistemas de saúde demandam transições de cuidados decorrentes de agravos agudos e crônicos agudizados⁽¹⁻²⁾. Em geral, esses indivíduos vivenciam a combinação de necessidades complexas, decorrentes do enfrentamento de multimorbidades, problemas de saúde mental e vulnerabilidade social, que resultam em um padrão de extrema utilização dos serviços dos serviços de emergência, com hospitalizações frequentes e desnecessárias⁽³⁻¹²⁾.

Apesar do crescente número de pessoas com necessidades assistenciais e sociais complexas, nos sistemas de saúde, ainda prevalecem modelos de atenção à saúde centrados na enfermidade, desconsiderando a complexa relação dos determinantes sociais e dos fatores emocionais, psicológicos e comportamentais, que levam à necessidade da integração de diferentes serviços para promoção da continuidade do cuidado⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Neste cenário, 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^(2,15). 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 às necessidades de cuidados complexos dos pacientes; coordenação do cuidado; monitorização e seguimento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

É fundamental qualificar o processo de transição dos cuidados, em especial dos serviços de emergência, a fim de garantir e melhorar o seguimento do paciente após a alta, especialmente na atenção primária, e evitar futuras readmissões evitáveis⁽¹⁸⁾. 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^(6,19-22).

A principal preocupação dos serviços de emergência recai sobre a entrada dos pacientes e pouca atenção é conferida ao processo de transição do cuidado⁽¹⁹⁾. 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 distintos motivos^(6,19,20,23).

Qualificar o processo de transição de cuidados 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⁽¹⁹⁾.

Uma das estratégias recomendadas para aprimorar o processo de transição do cuidado, o gerenciamento de casos, 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⁽²⁴⁻²⁶⁾.

O modelo ideal de gerenciamento de caso é um processo colaborativo que envolve planejamento, advocacia, facilitação, coordenação do cuidado, monitoramento e avaliação dos serviços, conforme as necessidades de saúde do cliente⁽²⁷⁻²⁸⁾. Viabiliza-se por meio da comunicação entre os diversos membros da equipe

multiprofissional, para atender às necessidades de saúde do paciente e promover resultados efetivos no que se refere à qualidade do cuidado e aos custos em saúde^(26,28).

Apesar de ser uma ação consolidada internacionalmente, em países como Canadá^(20,23,29), Estados Unidos^(5,29-31), Austrália⁽⁸⁾, Suíça⁽³²⁾, Suécia⁽³³⁾ e Inglaterra⁽¹²⁾, 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.

Em busca inicial no MEDLINE via PUBMED para realização do estudo, foram identificadas algumas revisões sobre a temática nos serviços de emergência^(6,20,23,34). Os estudos destacaram os seguintes benefícios atribuídos ao gerenciamento de casos: 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^(25,34). Embora não tenha sido objetivo primário das revisões apresentar as estratégias utilizadas para o gerenciamento de casos, os pesquisadores registraram a necessidade de sintetizar e aprofundar a descrição das características dessas estratégias, mencionando suas diretrizes no contexto da emergência^(6,20,23).

Neste contexto, este *scoping review* foi realizado para identificar as estratégias empregadas para o gerenciamento de caso em serviços de emergência, por meio da síntese das evidências de estudos com diferentes delineamentos metodológicos.

O estudo pode contribuir para fundamentar a prática clínica e apresentar novas possibilidades que permitam implementar a gestão de caso para favorecer o acesso oportuno, seguro e equitativo às pessoas, famílias e comunidades.

OBJETIVO

Mapear e sintetizar as estratégias empregadas para o gerenciamento de casos no cuidado transicional de pacientes com necessidades complexas nos serviços de emergência.

MÉTODOS

Scoping Review, elaborado segundo os pressupostos metodológicos do Instituto Joanna Briggs (*Joanna Briggs Institute - JBI*)⁽³⁵⁾, em consonância com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien⁽³⁶⁾, seguindo critérios definidos no checklist PRISMA *extension for scoping review* (PRISMA-ScR)⁽³⁷⁾. Foram percorridas as cinco etapas metodológicas: (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento e extração dos resultados; e (5) síntese narrativa dos resultados⁽³⁵⁻³⁶⁾.

A questão norteadora definida por meio da estrutura mnemônica PCC (P – População; C – Conceito; e C – Contexto) foi: *Quais as principais estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional de pacientes com necessidades complexas em serviços de emergência?* O contexto investigado envolveu o atendimento de usuários frequentes dos serviços de emergência, com histórico de multimorbidades, frequentes hospitalizações, comprometimento da saúde mental e vivência de situações de vulnerabilidade social^(3,14).

Os critérios de elegibilidade dos estudos estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese dos critérios de elegibilidade para o *scoping review*

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<p>Participantes - pessoas adultas (18 anos ou mais) e idosas (maiores de 60 anos); independentemente do sexo; com necessidades complexas.</p> <p>Conceito – estratégias para o gerenciamento de caso no cuidado transicional.</p> <p>Contexto - serviços de emergência.</p> <p>Tipo de estudo - Estudos quantitativos (ensaios clínicos; estudos quase experimentais; observacionais prospectivos e retrospectivos; estudos caso-controle e transversais analíticos). Estudos qualitativos (descritivos, fenomenológicos, etnográficos, pesquisa-ação e teoria fundamentada nos dados). Revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise) e metassínteses. Literatura cinzenta (documentos e livros publicados por organizações focadas em gerenciamento de caso).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não apresentar as etapas descritivas das estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional. • Editoriais, protocolos de pesquisa, comentários, teses e dissertações.

Realizou-se 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 um quadro de descritores controlados e não controlados que contemplou: conceitos-chave relacionados ao paciente com necessidades complexas, transição do cuidado, gerenciamento de caso e serviços médicos de urgência.

Adotou-se uma estratégia de busca compreensiva e abrangente com o objetivo de identificar os estudos publicados até junho de 2018, nos idiomas inglês, português e espanhol. A equipe de pesquisa definiu uma estratégia de busca, para cada base de dados, considerando a terminologia padronizada e os seguintes descritores controlados do *Medical Subject Headings (MESH)*: “*Critical Care*”, “*Continuity Of Patient Care*”, “*Transitional Care*”, “*Case Management*” e “*Emergency Medical Services*”. Para cada base, foi elaborada uma estratégia de busca específica, mantendo combinações de descritores e utilizando os operadores booleanos (AND e OR).

As buscas foram implementadas 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 houve acesso à Coleção Principal da *Web of Science* e ao *Google scholar*.

Foram percorridas as seguintes etapas: 1. busca específica em cada base de dados; 2. remoção dos artigos duplicados; 3. seleção por meio do título e resumo; 4. avaliação por meio da leitura do texto completo, discussão das discrepâncias e decisão consensual da amostra final; e 5. revisão da lista de referências dos artigos da amostra final. Todas essas etapas foram realizadas, de modo independente, por dois revisores, com treinamento na busca de informações científicas. Para este processo, utilizou-se o gerenciador de referências *software Endnote X 7.4*.

Para garantir o rigor metodológico, esses revisores participaram de reuniões semanais, a fim de que pudessem acompanhar atentamente o processo de busca e seleção. Destaca-se que não houve discordância entre eles em nenhuma etapa.

O mapeamento e extração dos dados contemplou uma estrutura padronizada⁽³⁵⁻³⁶⁾ para o registro das seguintes informações: autor(es); ano e país de publicação; objetivos; características das estratégias empregadas; amostra; método; resultados; e principais considerações^(35,37).

A síntese narrativa dos resultados incluiu: (a) sumarização numérica e resumo descritivo; (b) apresentação das características das estratégias de gerenciamento de casos; (c) síntese dos resultados considerando-se a população-alvo e as estratégias empregadas para o gerenciamento de caso em serviços de emergência. As estratégias empregadas foram descritas em termos das seguintes etapas operacionais^(26,28,38) apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Etapas do Processo de Gerenciamento de Casos

Etapas	Finalidade
1º etapa Rastreamento/ identificação e estratificação de risco	- Identificar (classificação de risco) a situação de saúde (aspectos clínicos e psicossociais) dos pacientes, assim como os serviços requeridos para atender às necessidades de saúde e que possam afetar o progresso do cuidado; avaliação do risco de readmissão; e recursos na comunidade e potenciais parceiros no cuidado ^(26,28,38) .
2º etapa Avaliação das necessidades dos pacientes	- Avaliar e identificar as necessidades do paciente e da família: 1. Histórico de saúde e medicações utilizadas; 2. Dados sobre família e cuidador; 3. Verificar se possui médico da família ou da atenção primária; 4. Análise dos registros clínicos hospitalares, incluindo antigos e atuais dos serviços de emergência, equipes de saúde auxiliares, empregadores; 5. Medicamentos em uso; 6. Outros documentos administrativos e serviços de cuidados domiciliares; 7. Identificar necessidades de intervenções que deverão ser incorporadas no plano de cuidado; 8. Identificar os recursos necessários para direcionar os problemas levantados ^(26,28,38) .
3º etapa Desenvolvimento de um plano de gerenciamento do cuidado	- Desenvolver um plano de cuidado individualizado fundamentado nas necessidades clínicas e psicossociais, em colaboração com toda equipe envolvida na gestão de casos, para garantir a transferência segura do atendimento no <i>continuum</i> do cuidado ^(26,28,38) .
4º etapa Implementação do plano com coordenação do cuidado	- Implementar o plano de cuidados contemplando todas as intervenções necessárias para garantir e manter a continuidade dos cuidados do indivíduo em todos os níveis de atenção à saúde ^(26,28,38) .
5º etapa Avaliação e Seguimento do Plano de Cuidados	- Revisar, acompanhar, avaliar e monitorar as respostas do paciente ao plano de cuidado implementado, além de monitoramento e reavaliação das condições de saúde do paciente ^(26,28) . - Reunir informações e compartilhá-las entre os profissionais; avaliar a eficácia, necessidade de adequações no plano de cuidado e seus efeitos sobre o estado de saúde do paciente; e recomendar novas intervenções; verificar se o paciente e a família estão satisfeitos com o cuidado e com os serviços pós-alta ^(26,28,38) .
6º etapa Apoio no processo de transição	- Facilitar o progresso do cuidado por meio do avanço do plano de cuidados, com o objetivo de alcançar os resultados desejados e integrar o trabalho da equipe de cuidado em saúde para o alcance das metas definidas; identificar, comunicar e resolver as barreiras que impedem o progresso do cuidado; e otimizar resultados ao longo do <i>continuum</i> ⁽³⁸⁾ .

Continua

Continuação do Quadro 2

Etapa	Finalidade
7ª etapa Comunicação pós- transição	- Comunicar e compartilhar informações entre paciente, equipe multidisciplinar, provedor de cuidado primário e sistemas de apoio ^(26,38) . - Verificar a implementação do plano de cuidados: conforto do paciente; 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 ^(28,38) .
8ª etapa Reavaliação periódica	- Examinar a adesão e verificar as respostas do paciente ao plano de cuidados, a necessidade de adequações; esclarecer dúvidas do paciente, da família ou do cuidador; e verificar a satisfação do paciente ^(26,38) . - Confirmar o acesso aos serviços pós-alta, determinar a necessidade de intervenções para evitar readmissões do departamento de emergência, assegurar o seguimento na atenção primária e concluir o processo de gerenciamento de casos baseado nas condições do paciente e da família ^(28,38) .

RESULTADOS

Concluídas as buscas nas bases de dados selecionadas, iniciou-se um processo de avaliação e seleção dos estudos. De um total de 200 artigos identificados inicialmente, 161 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade preestabelecidos, e oito citações duplicadas, restando 31 publicações 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, 39 foram excluídos por não abordarem, especificamente, o gerenciamento de casos nos serviços de emergência, de modo que a amostra final analisada correspondeu a 23 artigos. Os resultados desse processo estão descritos no fluxograma apresentado na Figura 1.

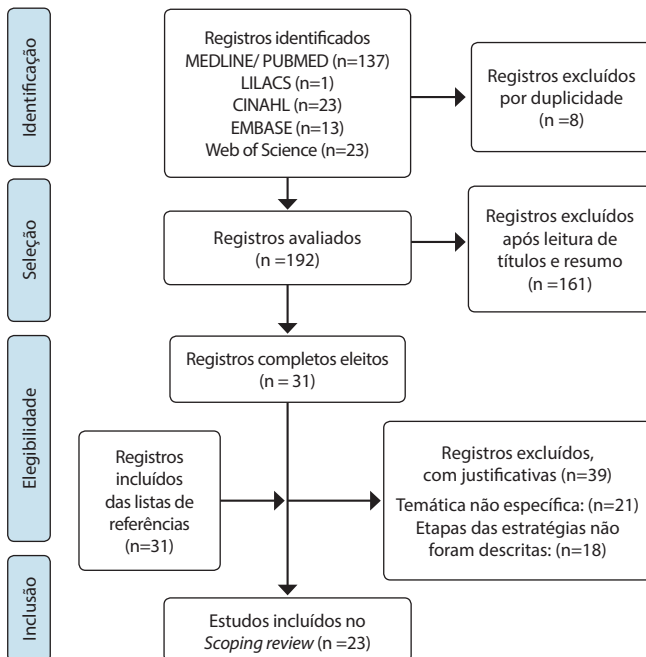


Figura 1 – Fluxograma, segundo PRISMA, para seleção e processo de inclusão dos estudos no *scoping review*⁽³⁷⁾

A maioria dos estudos revisados foi publicada entre 2014 e 2018 e conduzida nos Estados Unidos (14 artigos) e no Canadá (4 artigos). As abordagens metodológicas utilizadas foram: estudos experimentais^(11,32-33,39), quase experimentais^(7,9,12,40-41), observacionais^(4-5,8,30,42), revisões sistemáticas sem meta-análise^(6,20,29), revisões de análise temática⁽²³⁾ e outras modalidades (relatos de experiência e artigos de reflexão)^(31,43-46) (Quadro 3).

Quadro 3 - Estudos selecionados no *scoping review* sobre estratégias de gerenciamento de casos no contexto dos serviços de emergência, 2018

Autor (es), Título	Ano/ País	Periódico/ Livro	Método	Estratégia*
Hudon C, Chouinard M-C, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. ⁽²³⁾ <i>Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review.</i>	2017 Canadá	<i>British Medical Journal Open.</i>	Revisão de análise temática	1-5
Grover CA, Crawford E, Close RJ. ⁽⁵⁾ <i>The efficacy of case management on emergency department frequent users: an eight-year observational study.</i>	2016 Estados Unidos	<i>The Journal of Emergency Medicine</i>	Estudo observacional	1-5
Edgren G, Anderson J, Dolk A, Torgerson J, Nyberg S, Skau T, et al. ⁽³³⁾ <i>A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial.</i>	2016 Suécia	<i>European Journal of Emergency Medicine</i>	Ensaio clínico randomizado controlado	1-3,5
Bodenmann P, Velonaki V-S, Griffin JL, Baggio S, Iglesias K, Moschetti K, et al. ⁽³²⁾ <i>Case management may reduce emergency department frequent use in a universal health coverage system: a randomized controlled trial.</i>	2017 Suíça	<i>Journal of General Internal Medicine</i>	Ensaio clínico randomizado controlado	1-5
Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. ⁽²⁹⁾ <i>Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions.</i>	2015 Canadá	<i>PloS one.</i>	Revisão Sistemática	1,2
McCarty RL, Zarn J, Fenn R, Collins RD. ⁽³⁰⁾ <i>Frequent ED utilizers: A case management program to address patient needs.</i>	2015 Estados Unidos	<i>Nursing management</i>	Estudo quase experimental do tipo antes e depois	1-4

Continua

Continuação do Quadro 3

Autor (es), Título	Ano/ País	Periódico/ Livro	Método	Estratégia*
Walsh K, Z. ⁽³¹⁾ <i>Emergency Department Case Management: the compendium of best practices</i>	2014 Estados Unidos	<i>Emergency Department Case Management: the compendium of best practices</i>	---	2
Kumar GS, Klein R. ⁽⁶⁾ <i>Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review.</i>	2013 Estados Unidos	<i>The Journal of Emergency Medicine</i>	Revisão sistemática	2-5
Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Öhlén G, Edgren G. ⁽³⁹⁾ <i>A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors.</i>	2013 Suécia	<i>European Journal of Emergency Medicine</i>	Ensaio clínico randomizado controlado	1-3,5
Pillow MT, Doctor S, Brown S, Carter K, Mulliken R. ⁽⁴²⁾ <i>An emergency department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans.</i>	2013 Estados Unidos	<i>The Journal of Emergency Medicine</i>	Estudo de coorte retrospectivo	1,2,4
Rinke ML, Dietrich E, Kodeck T, Westcoat K. ⁽⁴¹⁾ <i>Operation care: a pilot case management intervention for frequent emergency medical system users.</i>	2012 Estados Unidos	<i>The American Journal of Emergency Medicine</i>	Estudo quase experimental do tipo antes e depois	2-5
Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daeppen J-B, Peytremann-Bridevaux I, et al. ⁽²⁰⁾ <i>Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review.</i>	2011 Canadá	<i>Annals of Emergency Medicine</i>	Revisão sistemática	2,4
Grover CA, Close RJ, Villarreal K, Goldman LM. ⁽⁴⁾ <i>Emergency department frequent user: pilot study of intensive case management to reduce visits and computed tomography.</i>	2010 Estados Unidos	<i>The Western Journal of Emergency Medicine</i>	Estudo observacional retrospectivo	1-5

Continua

Continuação do Quadro 3

Autor (es), Título	Ano/ País	Periódico/ Livro	Método	Estratégia*
Skinner J, Carter L, Haxton C. ⁽¹²⁾ <i>Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department.</i>	2009 Reino Unido	<i>Emergency Medicine Journal</i>	Estudo observacional prospectivo	1,2,4
Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, Okin RL. ⁽¹¹⁾ <i>Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial.</i>	2008 Estados Unidos	<i>The American Journal of Emergency Medicine</i>	Ensaio clínico randomizado controlado	1,2,5
Phillips GA, Brophy DS, Weiland TJ, Chenhall AJ, Dent AW. ⁽⁸⁾ <i>The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department.</i>	2006 Austrália	<i>The Medical Journal of Australia</i>	Estudo de coorte retrospectivo	1,2,4
Lee K-H, Davenport L. ⁽⁴⁰⁾ <i>Can case management interventions reduce the number of emergency department visits by frequent users?</i>	2006 Estados Unidos	<i>The Health Care Manager</i>	Estudo do tipo antes e depois	1-5
Walsh KT, Moran P, Greenwood C. ⁽⁴⁵⁾ <i>A successful emergency department case management practice model.</i>	2003 Estados Unidos	<i>Case Manager</i>	-----	1,2,5
Okin RL, Boccellari A, Azocar F, Shumway M, O'Brien K, Gelb A, et al. ⁽⁷⁾ <i>The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users.</i>	2000 Estados Unidos	<i>The American Journal of Emergency Medicine</i>	Estudo prospectivo	1,2,4,5
Bristow DP, Herrick CA. ⁽⁴⁴⁾ <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>	2002 Estados Unidos	<i>Lippincotts Case Management</i>	Revisão de literatura	1,4,5
Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. ⁽⁹⁾ <i>Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits.</i>	2000 Canadá	<i>Canadian Medical Association Journal</i>	Estudo do tipo antes e depois	1,2,4,5

Continua

Continuação do Quadro 3

Autor (es), Título	Ano/ País	Periódico/ Livro	Método	Estratégia*
Walsh KM. ⁽⁴⁶⁾ <i>ED case managers: One large teaching hospital's experience.</i>	1999 Estados Unidos	<i>Journal of Emergency Nursing</i>	Relato de experiência	1,3,4,5
Brewer BB, Jackson L. ⁽⁴³⁾ <i>A case management model for the emergency department.</i>	1997	<i>Journal of Emergency Nursing</i>	Relato de experiência	1-5

Nota: *Estratégia empregada: 1. Rastreamento/identificação e avaliação; 2. Plano de cuidado individualizado; 3. Apoio e comunicação no processo de transição do cuidado; 4. Coordenação do cuidado por meio de equipe multiprofissional; 5. Monitoramento e seguimento do paciente.

Os estudos analisados mostraram que os usuários mais frequentes são pacientes com necessidades complexas relacionadas a situações de vulnerabilidade (pessoas com problemas psiquiátricos, uso abusivo de substâncias, em especial 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). Além disso, foi ressaltado em algumas publicações que o uso frequente, desproporcional e inapropriado dos serviços de emergência aumenta a demanda, os custos e traz prejuízos para a efetiva qualidade e segurança do cuidado nessas unidades^(4-9,11-12,20,23,29-30,32-33,40,42).

Os pesquisadores apresentaram diferentes configurações para a equipe responsável pela gestão de caso nos serviços de emergência. Foram identificados modelos centrados no papel do enfermeiro^(4-5,21,30,32-33,39-40,42-44,46) e modelos contemporâneos, em uma perspectiva ampliada e multiprofissional, composta de médicos, nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais^(7-9,12,45).

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^(33,39,41,44,46); avaliar as necessidades dos pacientes que receberam alta e que possuem elevado risco para readmissão⁽⁴⁶⁾; identificar a motivação do indivíduo para procurar atendimento no departamento de emergência^(4,30); e identificar as barreiras que ele encontra para receber os cuidados em um ambiente ambulatorial^(30,43).

Outras funções do gestor de caso incluem: facilitar o processo de tomada de decisão e a coordenação do cuidado clínico^(8,23); promover altas diversificadas e seguras⁽⁸⁾, ajudando a equipe a elaborar planos de cuidados individualizados^(4,8,23,33,39,41,45-46); promover ações educativas para o autogerenciamento do cuidado^(8,23,33,41); 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^(8,30,44).

Em relação às estratégias empregadas para o 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 por usuários frequentes. Nesse contexto, o gestor de caso desempenha um importante papel para a efetivação do *continuum* de serviços de atendimento hospitalar e comunitário que inclui avaliação clínica, coordenação e comunicação com outros provedores de serviços⁽³²⁾.

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^(4,7,32,40,44). Algumas atividades foram consensualmente apontadas como efetivas, sobretudo: avaliação clínica abrangente e compreensiva; aprimoramento tecnológico, por meio da implementação de um registro eletrônico em saúde, a fim de 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^(7,42).

Essas atividades podem melhorar a experiência vivenciada pelo paciente em seu atendimento nos serviços de emergência; facilitar o processo de tomada de decisão da equipe multiprofissional para a transferência segura da responsabilidade do cuidado para os demais níveis de atenção à saúde e/ou para o contexto familiar; otimizar a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares; favorecer a definição do nível de cuidado mais apropriado para diminuir o tempo de permanência e evitar a utilização frequente dos serviços de emergência; reduzir os custos dos cuidados prestados; e, conseqüentemente, promover segurança e qualidade do cuidado prestado^(39,41,45). As principais estratégias implementadas para o gerenciamento de casos estão sintetizadas no Quadro 4.

Quadro 4- Síntese das estratégias implementadas para o gerenciamento de casos em serviços de emergência, 2018

ESTRATÉGIA	SÍNTESE DAS ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS
Rastreamento/ identificação e estratificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de sistemas de registros eletrônicos do departamento de emergência para inserir o plano de cuidados individual^(4-5,8,11-12,30,32-33,39,42) e sistemas de informação para rastreamento de usuários frequentes^(5,12,21,30,39); recrutamento de pacientes com necessidades de cuidados complexos⁽²³⁾. - Revisão sistemática de prontuários para identificação sistemática e precoce dos pacientes de alto risco elegíveis para o gerenciamento de casos^(4-5,7,11,30,32-33,39-40,46). - Avaliação do paciente face a face após o contato telefônico^(4,11,32-33,39). - Envio de uma carta ao 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^(4,30,39). - Entrevista para avaliação inicial completa das necessidades clínicas e psicossociais do paciente^(4,7,9,11-12,29-30,32-33,39-46). - Diálogo entre o gestor de caso e o médico do departamento de emergência para compreensão do caso e discussão a respeito do tratamento esperado e nível de admissão adequado⁽⁴⁵⁾. - Identificação da motivação do indivíduo para procurar atendimento no departamento de emergência e das barreiras por ele encontradas para o atendimento no contexto comunitário; identificação de qual caminho de cuidado pode ser fornecido^(5,12,20,23,40,46); e investigação dos fatores relacionados ao uso excessivo dos serviços de saúde⁽²³⁾. - Identificação dos serviços de cuidados em saúde que podem ser fornecidos com sucesso e de forma eficaz^(12,30); avaliação dos níveis de cuidado e coleta de informações necessárias para elaborar o planejamento^(43,45).

Continua

Continuação do Quadro 4

ESTRATÉGIA	SÍNTESE DAS ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS
Plano de gerenciamento do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de cuidado individualizado elaborado pelo gestor de caso juntamente com a equipe multiprofissional, para coordenar os serviços que o paciente necessita^(4-9,12,23,30,32-33,39-42); 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^(20,23,29,43). - Deve envolver melhores práticas relacionadas a: planejamento da transição de pacientes com necessidades psicossociais complexas pelo assistente social; planejamento de transferência simples executado por um gestor de caso do departamento de emergência; e planejamento de alta após a admissão de pacientes no departamento de emergência executado por um gestor de caso domiciliar e/ou assistente social⁽³¹⁾. - Direcionado para as necessidades clínicas e sociais do paciente e da família^(4,11-12,30,32-33,39-41). - Foco no estabelecimento de metas e objetivos terapêuticos que promovam o autogerenciamento da saúde e o aconselhamento em busca de soluções para os problemas psicossociais e definição do melhor seguimento do cuidado nos demais níveis de atenção à saúde^(8,30). - Engajamento de toda a equipe de cuidado na elaboração de um plano de cuidado abrangente, com intervenções e reavaliações contínuas dos problemas do paciente^(4-5,7,23,32-33,39-42). - Convite e envolvimento ativo do paciente na revisão do seu caso (autogerenciamento) e participação na elaboração do seu plano de cuidado individualizado e na busca de soluções para os seus problemas^(4,9,11,30,33) e diálogo com a equipe e família sobre a necessidade de encaminhamentos, planos de cuidados e metas a serem atingidas⁽⁴⁵⁾. - Realização de um planejamento de transições complexas para coordenar o cuidado clínico no departamento de emergência^(9,46); plano de alta planejado⁽⁴¹⁾; 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^(4,6-7,11,20,23,29-30,32,43,45). - 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^(20,23,45). - O plano de cuidados deverá ser atualizado, revisado e compartilhado considerando-se as necessidades dos pacientes e o risco futuro de admissão hospitalar, de acordo com a classificação^(12,23,41). <ol style="list-style-type: none"> 1. Alto risco (plano de cuidados revisado a cada 3 meses, gestão de caso intensiva e advocacia); 2. Médio risco (plano de cuidados revisado em 6 meses e contato telefônico para monitorar e implementar o plano de cuidado e direcionar problemas emergentes); 3. Baixo risco (plano de cuidados revisado em 12 meses).
Apoio e comunicação no pós-transição	<ul style="list-style-type: none"> - Educação e orientação do paciente quanto ao uso adequado do sistema de saúde e dos serviços clínicos e sociais disponíveis na comunidade^(6,23,30,32-33,39-41,46); ajudar o paciente a encontrar soluções para seus problemas^(5,43); - Orientação do paciente quanto ao autogerenciamento do cuidado, oferecendo opções de cuidado e ajudando-o a fazer escolhas adequadas⁽³²⁻³³⁾; aconselhamento do paciente sobre comportamentos de risco (por exemplo, uso abusivo de substâncias) e quanto ao uso dos serviços clínicos^(23,30,32,43). - Comunicação com toda a equipe e com diferentes provedores e níveis de cuidado^(32,41,43); Ligação com outras agências comunitárias^(7,22,40); comunicação com os demais níveis de cuidado^(33,39,41); informar ao médico da Atenção Primária à Saúde sobre consultas agendadas e necessidade de acompanhamento⁽³²⁾.
Coordenação do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - A atuação multiprofissional inclui médico, enfermeiro, assistente social^(4-5,7-9,12,32,40-44), profissionais da atenção primária, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outros^(8,46); - Trabalho colaborativo com a equipe multidisciplinar para apoiar o gerenciamento de casos^(23,40) e elaborar recomendações quanto ao uso deste serviço e tratamentos que deveriam ser fornecidos neste contexto⁽⁴⁾; - Reuniões periódicas da equipe multidisciplinar (<i>multidisciplinary case conference</i>) para discussão dos casos^(5-6,9,12,20,23,30,41-42);
Seguimento, avaliação e reavaliação periódica das necessidades do paciente e do seu progresso	<ul style="list-style-type: none"> - Contato proativo e estreito entre pacientes e provedores de cuidados por meio de chamadas telefônicas ou visitas^(33,39); Acesso telefônico a um gestor caso, para esclarecer dúvidas^(33,39,41); - Seguimento telefônico gerenciado com base nos riscos de admissão hospitalar^(11,23,32-33,39); e visitas domiciliares ou contato telefônico para verificar adesão e adequar o plano de cuidados^(6,23,41,43,45) e/ou reavaliá-lo caso o paciente retorne para atendimento, a fim de checar se ele está recebendo os serviços coordenados apropriados para diminuir o uso do serviço de emergência⁽²³⁾; - Fornecer 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^(23,43); - 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, revisá-lo^(4,23,39,41); - Assistência domiciliar^(8,30); acompanhamento contínuo monitorado eletronicamente por enfermeiros com ações de acompanhamento e feedback dos progressos do paciente^(5,33,39); definição dos padrões de procura por cuidados em saúde e qualidade de vida; e verificar a necessidade de nova internação do paciente⁽⁴³⁾; - Implementação do tratamento comunitário assertivo que envolve a abordagem proativa e assertiva, enfatizando a promoção e prevenção em saúde e o tratamento agudo. Consiste em visitas domiciliares para discussão do caso, acompanhamento em consultas, rastreamento e identificação de pacientes, especialmente usuários frequentes dos serviços de emergência com comprometimento da saúde mental^(7,9,11,20,30); - Referência do paciente para outra configuração de cuidado, de modo a garantir a continuidade do cuidado em curto e longo prazo^(6,7,11,20,32,43-45); referência para cuidados de saúde primários, serviços comunitários^(4,6,20,23,29-30,32,40,43-44,46) e serviços para tratar de abuso de substâncias^(11,29); 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^(5-7,9,11-12,20,23,29,32-33,40-41,43); - Criação de um site de gerenciamento de casos que inclui agências comunitárias, agências privadas e hospitais de reabilitação⁽⁴⁵⁾; 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⁽²⁹⁾.

As estratégias adotadas para o gerenciamento de casos demonstradas nos estudos incluíram: triagem e avaliação de pacientes^(5,8,11-12,30,32-33,39-40); elaboração de um plano de cuidado individualizado^(4-5,7-8,12,32-33,39-42); coordenação do cuidado por meio de uma atuação multiprofissional^(4-5,7-8,12,32); apoio ao processo de transição mediante ações de educação do paciente^(22,32,40-41); comunicação^(7,30,32,40-41); monitoramento, seguimento e avaliação^(33,39,41) para a verificação periódica de suas necessidades e progresso.

No departamento de emergência, o gerenciamento de caso se inicia com a fase de triagem e avaliação, momento em que 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⁽³²⁻³³⁾. Em seguida, faz-se contato telefônico ou por carta com o paciente elegível a receber o processo de gerenciamento de casos, convidando-o a participar do programa^(4,11,32-33,39). Caso aceite, ele participa de uma entrevista presencial com o gestor de caso, para coleta de informações sobre suas necessidades clínicas e psicossociais, bem como para identificação do motivo que o levou a buscar o atendimento na emergência e das barreiras por ele identificadas para o seu atendimento na atenção primária^(4,11-12,30,32-33,39-41). Com essas informações, identifica-se o nível de cuidado adequado ao paciente, a fim de garantir o acesso oportuno e a continuidade deste cuidado^(12,30).

A ênfase na elaboração de planos de cuidado individualizados foi citada na maioria dos estudos analisados^(5-6,8,11-12,30,32-33,39). Os objetivos do plano 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⁽⁴⁰⁾.

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 a identificação de soluções adequadas aos problemas^(8,30). Dessa forma, permite-se o empoderamento do paciente em relação ao cuidado de que necessita e são evidenciados os meios de alcançá-lo^(4,11,30).

Outro aspecto importante diz respeito à implementação de sistemas de registros eletrônicos no departamento de emergência, uma vez que permitem identificar os usuários frequentes deste serviço e elaborar um plano de cuidado individualizado. Dessa forma, a equipe multiprofissional terá acesso às informações desses pacientes e poderá adequar o plano, se necessário^(4-5,12,39,41-42).

O estudo de Pillow e colaboradores⁽⁴²⁾ 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, com necessidades de cuidado complexas. Nesses casos, a equipe deve comunicar o fato ao gestor de caso, para que seja acionado o processo de gerenciamento de casos. 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⁽⁴⁾.

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^(23,40), tanto em relação ao autogerenciamento do cuidado como sobre os serviços disponíveis nos diferentes níveis^(6,30,32). Além disso, ele fornece orientações

para que o paciente utilize adequadamente o sistema de saúde^(20,32,41,46), disponibilizando opções de cuidado e ajudando-o a fazer as escolhas mais adequadas^(32,44).

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^(5,21,41).

Nos serviços de emergência, verificou-se, entre os usuários frequentes, a presença de pessoas em situações de vulnerabilidade por problemas de saúde mental e uso abusivo de álcool e drogas. Para essa população, o gestor de caso do serviço de emergência mantém comunicação direta com profissionais da atenção primária e, juntos, participam do planejamento das estratégias para garantir o seguimento, avaliação e reavaliação periódica das necessidades deste paciente e do seu progresso na atenção primária^(7-8,11,30).

Uma dessas estratégias envolve o tratamento comunitário assertivo (*assertive community outreach treatment*), realizado por profissionais com formação em assistência social, enfermagem e psiquiatria. O objetivo é fornecer um suporte intensivo e orientado por suas necessidades, de modo que o paciente retorne à comunidade e não necessite de novas internações ou busque desnecessariamente os serviços de emergência^(7-8,11,30).

A equipe multiprofissional deve atuar de modo interligado sob a liderança do gestor de caso, cujo papel central é promover a articulação entre os provedores de serviços clínicos e sociais, os serviços de emergência, o ambiente de atendimento ambulatorial e os cuidados domiciliares^(4-6,8,11-12,20,23,29-30,32,40-42,44,46).

Outra ação fundamental envolve o monitoramento e seguimento do paciente. Os estudos que abordaram essa estratégia destacaram o gerenciamento de casos por meio do contato telefônico e de visitas domiciliares; a facilitação do contato com outros profissionais de saúde por intermédio do gestor de casos; e o seguimento após a implementação do plano de cuidado gerenciado^(33,39). 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.

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^(6,8,20,23,33,40,44).

DISCUSSÃO

Este *scoping review* mapeou as evidências científicas relacionadas às estratégias de gerenciamento de casos na transição do cuidado de pacientes com necessidades complexas nos serviços de emergência nos últimos 21 anos. Os modelos atuais de gerenciamento de casos envolvem a concepção do cuidado centrado em pessoas, com a perspectiva de garantir aos pacientes 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 assegurar a adequada transição do cuidado do paciente ao longo do sistema de saúde^(3,27).

A maioria dos estudos mapeados e sintetizados mostrou que as estratégias 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 ações garantem a coordenação e a continuidade do cuidado para outras configurações, principalmente para a atenção primária^(5,12,30,33,39,41-42).

Este modelo tem sido utilizado para integrar os serviços em torno das necessidades individuais do paciente, por meio da coordenação do cuidado^(7,30,32,40-41). 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^(5,30,42).

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^(7,11,32). Há evidências de que este modelo contribui para que o paciente obtenha o cuidado necessário no sistema de saúde^(4,7,12,27,40).

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⁽²³⁾. No contexto dos serviços de emergência, o gerenciamento de casos assumiu papel central em termos de coordenar o cuidado de alta complexidade, principalmente para usuários frequentes que possuem necessidades clínicas e psicossociais complexas^(8-9,12,20,23,29,32,40-41). Em alguns casos, tais estratégias também incluem os familiares desses pacientes^(9,23,45).

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 recidivas ao serviço^(4-6,9,20,29,23,32-33).

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^(5,33,39).

A triagem neste cenário emerge 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 aos demais níveis de atendimento. Além disso, esta etapa é importante para assegurar a continuidade das informações para os demais profissionais de saúde e, sobretudo, para promover uma navegação segura e efetiva do usuário no sistema de saúde^(5,12,23,32,42). O processo de triagem dessas pessoas inclui a avaliação de suas necessidades clínicas e psicossociais, com o propósito de

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⁽³⁹⁾.

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 presença de um profissional gestor de casos e do envolvimento do paciente na elaboração do plano de cuidado, consiste no desenvolvimento e na implementação de um sistema de registro eletrônico^(23,30,32-33,39,42). 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, assim como da revisão do plano de cuidado individualizado na atenção primária. Ambos os fatores promovem 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^(4-5,7-9,11-12,40).

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^(20,23,44-45). 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.

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^(20,23,44-45).

A prática de gestão de casos no ambiente dos serviços de emergência 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; e aumentar o envolvimento do indivíduo e do cuidador no processo de tomada de decisão^(10,28).

Outra importante ação proporcionada pelo gerenciamento de caso é a possibilidade de seguimento e monitoramento do paciente. Para isso, estratégias como o contato 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^(39,41).

Os pesquisadores também 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 ressaltaram a atuação integrada da equipe multiprofissional e o papel central da enfermagem e do serviço social neste processo^(4-9,11-12,20,23,29,30,32-33,40,42).

Em síntese, a maioria das estratégias para o gerenciamento de casos foi multimodal e incluiu: estratégias para promover a educação em saúde⁽³⁰⁾; triagem com foco nas necessidades biopsicossociais do paciente^(33,39); elaboração de um plano de cuidado individualizado^(12,30,33); apoio do serviço social⁽³³⁾; e coordenação do cuidado dentro do sistema de serviços de saúde^(8,12,32,39-42).

Essas estratégias têm como foco central minimizar a fragmentação do cuidado dentro do sistema de saúde e ajudam o paciente a navegar nesse sistema, pois favorecem o acesso aos recursos apropriados disponíveis nos diferentes espaços de cuidados e facilitam o engajamento e desenvolvimento dos usuários⁽²⁸⁾. 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; e favorecer a adesão ao plano de cuidados para o cliente, incluindo a adesão à medicação^(27,31-32).

Trata-se de um processo que visa assegurar o cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo, evitando a assistência fragmentada⁽²⁷⁻²⁸⁾, o que facilita a promoção de cuidados efetivos e resultados de qualidade para o paciente. Para efetivação dessa estratégia, é fundamental contar com a colaboração, cooperação e esforço mútuo entre diferentes provedores de cuidado de saúde. Além disso, a coordenação visa organizar o cuidado para que este esteja acessível sempre que necessário. Outro aspecto essencial é a comunicação, pois o gestor de caso deve trabalhar com diversas pessoas, a fim de garantir que o paciente obtenha o cuidado requerido⁽²⁷⁾.

Em síntese, o emprego das estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional em serviços de emergência contribui para o planejamento de alta e transferência do cuidado dos serviços de emergência para os demais níveis de atenção à saúde e contexto domiciliar; previne as 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 as pessoas 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⁽⁴⁴⁾.

Limitações do estudo

Existem algumas limitações do *scoping review* relacionadas, principalmente, ao fato de que este tipo de revisão da literatura fornece amplitude, em vez de profundidade na análise das evidências identificadas⁽³⁵⁻³⁶⁾. No entanto, foi possível mapear e sintetizar as estratégias empregadas para o gerenciamento de casos no cuidado transicional em serviços de emergência, o que permitirá orientar a prática clínica e futuras pesquisas nessa área.

Contribuições para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública

De modo geral, os resultados reafirmam a necessidade de que os serviços de emergência disponham de um profissional gestor de caso e equipe multiprofissional específica para o levantamento, seleção e coordenação dos usuários frequentes deste

setor, principalmente daqueles com necessidades de cuidados complexos.

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 e das estratégias de gerenciamento de casos na transição do cuidado desses pacientes ao longo do *continuum* de cuidados. Destaca-se a escassez de estudos sobre o gerenciamento de casos em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, o que demanda especial atenção da comunidade acadêmica e científica para esta temática. Verificou-se também, pouca ênfase dos estudos na participação da família durante o processo de gerenciamento de casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este *scoping review* apresentou uma perspectiva global acerca dos 23 estudos que abordaram as estratégias empregadas para o gerenciamento de casos no cuidado transicional de pacientes com necessidades complexas em serviços de emergência.

Identificou-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 estratégias implementadas e favoreceram a identificação de caminhos possíveis para a qualificação dos serviços de emergência. Destacaram-se também estratégias para promover o apoio ao processo de transição por meio de ações de educação em saúde, mediante o fortalecimento da comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e por meio do monitoramento, seguimento e avaliação do paciente para a verificação da evolução de suas necessidades de cuidados em saúde.

O emprego do gerenciamento de casos respondeu às complexas necessidades de uma clientela vulnerável, mediante uma abordagem estruturada que promoveu o apoio ao autogerenciamento e favoreceu a integração do paciente com os serviços de saúde. Além disso, a elaboração de um plano de cuidado individualizado para atender às necessidades clínicas e sociais do paciente é capaz de promover o uso adequado dos recursos e serviços de emergência.

De modo geral, os resultados reafirmam a necessidade dos serviços de emergência disporem de um profissional gestor de caso e de uma equipe multiprofissional específica para coordenar o cuidado dos usuários frequentes e identificar tanto as motivações de busca frequente como as barreiras de acesso aos demais níveis de atenção à saúde.

O uso das estratégias de gerenciamento de casos favorece a coordenação e a continuidade do cuidado na rede de serviços de saúde e contribui para que o paciente seja devidamente orientado quanto aos serviços disponíveis 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 para promover o cuidado transicional ideal de pacientes com necessidades de cuidados complexos, que transcendam os limites do cuidado tradicional nos serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):549-55. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x
2. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-7. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x
3. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs. *Synth Proj Res Synth Rep.* 2009 [cited 2017 Set 18];1(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22052205>.
4. Grover CA, Close RJ, Villarreal K, Goldman LM. Emergency department frequent user: pilot study of intensive case management to reduce visits and computed tomography. *West J Emerg Med*[Internet]. 2010 [cited 2017 Sep 18];11(4):336-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21079705>
5. Grover CA, Crawford E, Close RJ. The efficacy of case management on emergency department frequent users: an eight-year observational study. *J Emerg Med.* 2016;51(5):595-604. doi: 10.1016/j.jemermed.2016.06.002
6. Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med.* 2013;44(3):717-29. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.08.035
7. Okin RL, Boccellari A, Azocar F, Shumway M, O'Brien K, Gelb A, et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med.* 2000;18(5):603-8. doi: 10.1053/ajem.2000.9292
8. Phillips GA, Brophy DS, Weiland TJ, Chenhall AJ, Dent AW. The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. *Med J Aust.* 2006;184(12):602-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00412.x
9. Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Cmaj* [Internet]. 2000 [cited 2018 Sep 12];162(7):1017-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10763402>
10. Roberts RM, Dalton KL, Evans JV, Wilson CL. A service model of short-term case management for elderly people at risk of hospital admission. *Aust Health Rev.* 2007;31(2):173-83. doi: 10.1071/ah070173
11. Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, Okin RL. Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. *Am J Emerg Med.* 2008;26(2):155-64. doi: 10.1016/j.ajem.2007.04.021
12. Skinner J, Carter L, Haxton C. Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. *Emerg Med J.* 2009;26(2):103-5. doi: 10.1136/emj.2008.063081
13. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson ML. Community care for people with complex care needs: bridging the gap between health and social care. *Int J Integr Care.* 2017;17(4):2. doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.2944>
14. Manning E, Gagnon M. The complex patient: a concept clarification. *Nurs Health Sci.* 2017;19(1):13-21. doi: 10.1111/nhs.12320
15. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(4):746-54. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0041
16. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *J Hosp Med.* 2013;8(2):102-9. doi: 10.1002/jhm.1990
17. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, 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, and society for academic emergency medicine. *J Hosp Med.* 2009;4(6):364-70. doi: 10.1002/jhm.510
18. Atzema CL, Maclagan LC. The transition of care between emergency department and primary care: a scoping study. *Acad Emerg Med.* 2017;24(2):201-15. doi: 10.1111/acem.13125
19. Acosta AM, Da Silva Lima MAD. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletrôn Enferm.* 2013[cited 2017 May 15];15(2):564-73. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a31.pdf>
20. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen J-B, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med.* 2011;58(1):41-52. e42. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.03.007
21. Brewster LR, Rudell LS, Lesser CS. Emergency room diversions: a symptom of hospitals under stress. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* [Internet]. 2001 [cited 2017 May 15];(38):1-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11603406>
22. Freitas LFC, Moreira DA, Brito MJM. The continuity of care from the perspective of the being cared for. 2014;19(4):636-42. doi: 10.5380/ce.v19i4.35993
23. Hudon C, Chouinard M-C, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review. *BMJ Open.* 2017;7(10):e017762. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017762
24. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program. *Issue Brief (Commonw Fund)* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 15];19(1):1-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115035>
25. Kim Y-J, Soeken KL. A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nurs Res*

- [Internet]. 2005 [cited 2017 May 17];54(4):255-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16027568>
26. National Case Management Network (CA). Canadian standards of practice in case management. [Internet] Ottawa: National Case Management Network; 2009 [cited 2017 Mar 08]. [about 18 p.]. Available from: <http://www.ncmn.ca/standards>
 27. Finkelman A. Professional nursing concepts: competencies for quality leadership. 4th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2019. 1294 p.
 28. Tahan HM, Treiger TM. CMSA core curriculum for case management. 3rd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins. 2017. 738 p.
 29. Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions. *PLoS One*. 2015;10(4):e0123660. doi: 10.1371/journal.pone.0123660
 30. McCarty RL, Zarn J, Fenn R, Collins RD. Frequent ED utilizers: A case management program to address patient needs. *Nurs Manage*. 2015;46(9):24-31. doi: 10.1097/01.NUMA.0000470771.17731.3d
 31. Walsh K, Z. Emergency Department Case Management: the compendium of best practices [Internet] 2nd ed. Danvers (MA): HCPro; 2014 [cited 2018 Aug 21]. Available from: https://hcmarketplace.com/aitdownloadablefiles/download/aitfile/aitfile_id/1616.pdf
 32. Bodenmann P, Velonaki V-S, Griffin JL, Baggio S, Iglesias K, Moschetti K, et al. Case management may reduce emergency department frequent use in a universal health coverage system: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 12];32(5):508-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27400922>
 33. Edgren G, Anderson J, Dolk A, Torgerson J, Nyberg S, Skau T, et al. A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial. *Eur J Emerg Med*. 2016;23(5):344-50. doi: 10.1097/mej.0000000000000280
 34. Joo JY, Huber DL. Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. *Clin Nurs Res*. 2018;27(8):1002-16. doi: 10.1177/1054773817717861
 35. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 21];13(3):141-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134548>
 36. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* [Internet]. 2010 [cited Dec 12];5(1):69. Available from: 10.1186/1748-5908-5-69
 37. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018[cited 2018 Aug 21];169(7):467-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30178033>
 38. American Case Management Association. Standards of practice and scope of services for health care delivery system case management and transitions of care professionals [Internet] Little Rock; 2013 [cited 2018 Aug 21]. Available from: https://www.acmaweb.org/forms/Case_Management_SoP_SoS.pdf
 39. Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Öhlén G, Edgren G. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *Eur J Emerg Med*. 2013;20(5):327-34. doi: 10.1097/MEJ.0b013e328358bf5a
 40. Lee K-H, Davenport L. Can case management interventions reduce the number of emergency department visits by frequent users? *Health Care Manag (Frederick)* [Internet]. 2006 [cited 2018 Sep 20];25(2):155-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16699330>
 41. Rinke ML, Dietrich E, Kodeck T, Westcoat K. Operation care: a pilot case management intervention for frequent emergency medical system users. *Am J Emerg Med*. 2012;30(2):352-7 doi: 10.1016/j.ajem.2010.12.012
 42. Pillow MT, Doctor S, Brown S, Carter K, Mulliken R. An emergency department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. *J Emerg Med*. 2013;44(4):853-60. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.08.020
 43. Brewer BB, Jackson L. A case management model for the emergency department. *J Emerg Nurs*. 1997;23(6):618-21. doi: 10.1016/s0099-1767(97)90280-4
 44. Bristow DP, Herrick CA. 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. *Lippincotts Case Manag*. [Internet]. 2002 [cited 2018 May 2];7(6):243-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12048342>
 45. Walsh KT, Moran P, Greenwood C. A successful emergency department case management practice model. *Case Manager* [Internet]. 2003[cited 2018 Sep 5];14(6):54-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14618150>
 46. Walsh KM. ED case managers: one large teaching hospital's experience. *J Emerg Nurs* [Internet]. 1999 [cited 2018 Sep 5];25(1):17-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9925673>
-