

# Manejo de caso e alta intensividade em um programa de psiquiatria geral de adultos: a experiência do Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Case management and mental health intensive care in adult general psychiatry: the experience of the Integrated Mental Health Center of Santa Casa de São Paulo

Rodolfo Campos<sup>1</sup>, Érica Kakazu<sup>1</sup>, José Eliézio Aguiar<sup>1</sup>, Andrea Freirias<sup>2</sup>, Ricardo Riyoit Uchida<sup>2,3</sup>, Sergio Tamai<sup>4</sup>, Marsal Sanches<sup>5</sup>

## Resumo

O manejo de caso em psiquiatria ainda é um conceito ambíguo e sua aplicação prática tem diversas formas e abrangência variável. Presta-se atualmente ao tratamento de pacientes com transtornos mentais que necessitam de cuidado diferenciado. Encontra-se aqui descrita uma proposta de adaptação deste modelo, denominada "alta intensividade", colocada em prática em um serviço de psiquiatria geral de adultos ligado a um hospital universitário.

**Descritores:** Administração de caso, Psiquiatria, Equipe de assistência ao paciente, Hospitais psiquiátricos

## Abstract

Case management in psychiatry is an ambiguous concept and its practical application has several forms and variable reach. Nowadays it is intended for treatment of mental disorder patients who demand special kinds of intervention and care. We describe a proposal of adaptation of case management, named "mental health intensive care", implemented in an adult general psychiatry service linked to a university hospital.

**Key-words:** Case management; Psychiatry; Patient care team; Hospitais, psychiatric

## Introdução

O modelo de manejo de caso (MC) corresponde a uma proposta específica voltada para o tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais graves em regime extra-hospitalar<sup>(1)</sup>. Ainda que frequentemente citado na literatura médica trata-se de conceito pouco difundido em nosso meio.

O presente artigo objetiva o relato de uma experiência de adaptação do modelo de MC ao serviço de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

## O que é manejo de caso?

O termo *manejo de caso* remete à idéia de promover cuidado em saúde sob condições de escassez e valendo-se da conservação dos recursos disponíveis<sup>(2)</sup>. A proposta inicial do MC foi de integrar o sistema de cuidado em saúde mental após a separação dos serviços institucionais e comunitários que ocorreu com o

<sup>1</sup> Residentes de Psiquiatria do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

<sup>2</sup> Médicos Psiquiatras do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

<sup>3</sup> Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

<sup>4</sup> Diretor técnico do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

<sup>5</sup> Coordenador da Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

**Trabalho realizado:** Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

**Endereço para correspondência:** Marsal Sanches. Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rua Major Maragliano, 241. São Paulo, SP, 04017-030, e-mail: marsalsanches@terra.com.br

movimento de desinstitucionalização psiquiátrica nos anos 1970.

À medida que a área de atuação do MC expandiu-se e passou a cobrir diversas atividades, muitas vezes sem uma definição objetiva de suas limitações, o seu conceito tornou-se mais complexo e ambíguo, tanto no setor público como privado.

Na tentativa de limitar a subjetividade inerente ao seu conceito, foram definidas as principais características do MC, a saber: Atividade, Responsabilidade e Autoridade<sup>(3)</sup>.

A Atividade diz respeito à identificação dos pacientes, controlando seu acesso e promovendo a ligação dos diversos serviços oferecidos; adequação das diretrizes normativas de forma a oferecer o tratamento mais adequado ao paciente; planejamento multidisciplinar e dinâmico relacionado às necessidades verificadas e o serviço direto através de suporte psicoterápico e acesso a outros serviços médicos caso seja assim necessário.

A Responsabilidade trata tanto de para quem deve ser reportado o trabalho como de quem determinará e supervisionará as atividades realizadas. Esta é uma característica envolvida com a peculiaridade de cada serviço uma vez que depende de como é a estruturação hierárquica de cada instituição.

A Autoridade está ligada à autonomia do cuidador do caso em relação ao controle que o mesmo terá em disponibilizar os recursos existentes para o paciente. Esta autonomia pode variar desde muito limitada e burocrática até mais extensa e informal de acordo com características institucionais e pessoais.

Segundo Solomon, 1992<sup>(4)</sup>, existem diferentes tipos de manejo de caso: tratamento comunitário, manejo de caso focal, reabilitação e manejo de caso geral. Cada um desses tipos dispõe de características comuns entre si o que torna sua delimitação muitas vezes imprecisa.

### **O Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**

O Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) foi criado em 1998, fruto de uma parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Localizado no bairro da Vila Mariana, em São Paulo, é referência para a assistência psiquiátrica da região central do município de São Paulo.

Tal assistência é distribuída ao longo de diferentes equipes ou divisões: Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos, Divisão de Psiquiatria Geriátrica, Divisão de Dependências Químicas e Divisão de Psiquiatria Infantil. Além das tarefas assistenciais, o CAISM incorpora funções de ensino (dispondo de programa de

residência médica em psiquiatria e cursos de aperfeiçoamento nas áreas de terapia ocupacional e psicologia) e pesquisa, com produção científica regular na área de saúde mental.

### **A divisão de psiquiatria geral de adultos: do manejo de caso à alta intensividade**

A Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos (DPGA) do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) tem por objetivo a assistência a pacientes portadores de transtornos mentais diversos, com idade variando de 18 a 60 anos. Excluem-se aqui pacientes cujo diagnóstico principal corresponda a transtornos relacionados ao uso de substâncias, os quais são encaminhados para a equipe de dependências químicas. Seguindo o modelo acima descrito, desenvolve suas atividades em regime de ambulatório (onde realiza em média 500 atendimentos/mês), unidade de internação psiquiátrica (dispondo de 16 leitos) e hospital-dia (60 vagas).

Quando da organização do hospital-dia da DPGA, optou-se inicialmente pela aplicação do modelo de manejo de caso nos moldes tradicionais. Este modelo se mostrou inviável, em razão de peculiaridades referentes à realidade em questão: escassez de recursos na comunidade; número restrito de profissionais em regime integral; grande demanda por assistência psiquiátrica na região contemplada pelo CAISM. Em razão disso, foi decidido pela adaptação do manejo de caso às condições acima, o que originou uma nova proposta: o modelo de alta intensividade.

### **Alta intensividade**

O modelo de alta intensividade corresponde à espinha dorsal do seguimento e manejo dos pacientes de alta complexidade da DPGA. Seus princípios básicos de funcionamento são:

- a abordagem multidisciplinar, sendo que os pacientes podem receber atendimento psiquiátrico, psicológico, familiar e de terapia ocupacional, de acordo com suas necessidades, demandas e com a disponibilidade de recursos terapêuticos passíveis de alocação no momento considerado;
- o seguimento longitudinal pela mesma equipe, a qual presta assistência ao paciente independentemente da natureza do cuidado que o mesmo necessita em dado momento de sua evolução (hospital-dia ou unidade de internação psiquiátrica).
- a adoção de objetivos peculiares a cada caso, assim denominados:
  - 1ª) Reabilitação psicossocial;
  - 2ª) Aderência
  - 3ª) Tratamento de manutenção

Considera-se **aderência** a proposta destinada a pacientes em fase aguda com problemas referentes à vinculação ao serviço. **Reabilitação** corresponde à proposta voltada para o resgate das habilidades psicossociais e laborativas do paciente, com participação de recursos da comunidade. **Manutenção** é a proposta destinada a pacientes crônicos e com alto grau de comprometimento, enfatizando a prevenção de recaídas e de novas internações.

Do ponto de vista prático, o programa recebe encaminhamentos provenientes de ambulatórios psiquiátricos externos, de serviços psiquiátricos de emergência e de outros serviços de saúde. A inserção de novos casos no programa ocorre por meio de discussão em reuniões semanais, nas quais estão presentes todos os membros da equipe interdisciplinar. Por ocasião da reunião em questão, é definida qual dos três objetivos acima listados deve ser inicialmente priorizado para o paciente em questão. Com base nisso, é montado um projeto terapêutico individualizado, visando a otimização dos recursos existentes na equipe e evitando-se a inserção do paciente em propostas pré-determinadas. Em outras palavras, ao invés de o paciente se adaptar à proposta terapêutica, a equipe se adapta à proposta indicada para o mesmo.

Há a possibilidade de acompanhamento de até oitenta pacientes simultaneamente, sendo que, para fins de inserção no programa, o paciente deve ter indicação de ao menos um tipo de abordagem psicossocial (psicoterapia individual, atendimento familiar ou terapia ocupacional) além da necessidade de atendimento psiquiátrico. Este é efetuado por residentes de psiquiatria de primeiro ano, sob a supervisão de médicos psiquiatras assistentes, com os quais os casos são semanalmente discutidos.

A frequência de contato dos pacientes com o serviço é variada, de acordo com a proposta terapêutica do caso em questão e do número de profissionais envolvidos no cuidado do mesmo. Uma vez inserido no programa, o paciente permanecerá no mesmo por um período variado, habitualmente não inferior a seis meses. Por meio de discussões regulares, a proposta terapêutica é, periodicamente, revista. Dessa forma, a adequação e a evolução do caso de acordo com os objetivos inicialmente estabelecidos é constantemente monitorada, podendo tais objetivos ser modificados em qualquer momento do processo de tratamento.

### Características dos pacientes

A título de ilustração, encontram-se descritas abaixo as principais características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes inscritos no programa de alta intensividade em abril de 2006. Na ocasião, encontrava-se em seguimento no programa 66 pacientes (36

homens e 30 mulheres, com idade média de 37,5 anos (desvio padrão=10,6).

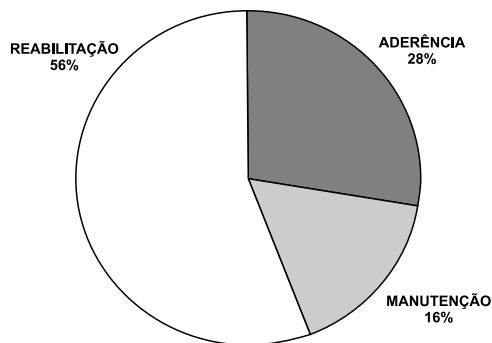
Conforme exposto na tabela 1<sup>(5)</sup>, a grande maioria dos pacientes em seguimento apresentava diagnóstico de esquizofrenia. Pacientes com transtornos de humor e transtorno esquizoafetivo foram encontrados em menor proporção. Em consonância com a proposta dos serviços em questão, mais da metade dos pacientes em seguimento exibia, como foco principal do projeto terapêutico, a reabilitação psicossocial (Figura 1).

Tabela 1

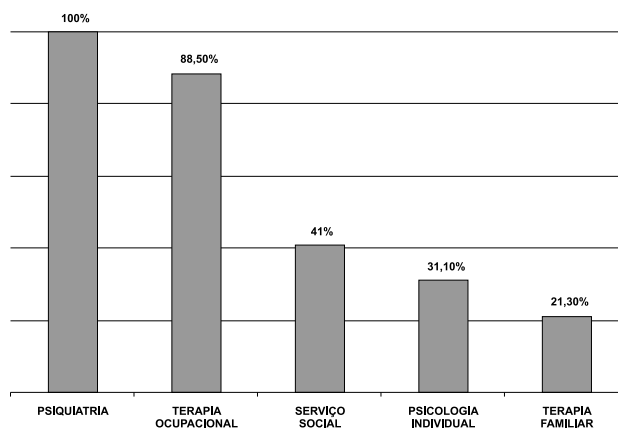
**Diagnóstico dos pacientes inseridos no Programa de Alta Intensividade em abril/2006 e as respectivas percentagens.**

DIAGNÓSTICO*	N	%
Esquizofrenia	51	77,2
Transtorno esquizoafetivo	5	7,6
Transtorno bipolar do humor	5	7,6
Outros	5	7,6
TOTAL	66	100,0

\*Diagnóstico segundo critérios do DSM-IV<sup>(5)</sup>



**Figura 1 -** Propostas de tratamento com as respectivas percentagens dos pacientes inseridos no Programa de Alta Intensividade em abril/2006.



**Figura 2 -** Profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes inseridos no Programa de Alta Intensividade em abril/2006

Finalmente, no que se refere ao tipo de atendimento multiprofissional a que o paciente se encontra submetido adicionalmente ao tratamento médico, tem-se que a grande maioria dos pacientes se encontrava em atendimento de terapia ocupacional (Figura 2).

## **Conclusão**

O presente trabalho ilustra uma proposta de adaptação do modelo de manejo de caso à realidade brasileira, contemplando propostas terapêuticas variadas e individualizadas. Seu direcionamento ao paciente grave parece torná-la especialmente atraente (embora não exclusivamente destinada) para o tratamento de quadros psicóticos.

## **Referências bibliográficas**

1. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. [Review] *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2):CD000050.
2. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000; 51(11):1410-21.
3. Sledge WH, Astrachan B, Thompson K, Rakfeldt J, Leaf P. Case management in psychiatry: an analysis of tasks. [Review] *Am J Psychiatry*. 1995; 152(9):1259-65.
4. Solomon P. The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. [Review] *Community Ment Health J*. 1992; 28(3):163-80.
5. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4<sup>th</sup> ed. Washington: American Psychiatry Association; 1994.

---

Trabalho recebido: 14/07/2007

Trabalho aprovado: 24/03/2008