

# Enfermeiro gestor de caso: uma resposta em contextos de cronicidade complexa

## Nurse Case Manager: Responding to Complex Chronic Care Contexts

Helga Rafael Henriques<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEUL), Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal; [orcid.org/0000-0003-2946-4485](https://orcid.org/0000-0003-2946-4485)

\* Autor de correspondência: [hrafael@esel.pt](mailto:hrafael@esel.pt)

Como citar este artigo: Henriques HR. Enfermeiro gestor de caso: uma resposta em contextos de cronicidade complexa. *Pensar Enf* [Internet]. 2025 Jan-Dez; 29(1): e00472. Available from: <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29i1.472>.

O aumento sustentado da esperança média de vida nas últimas décadas constitui um dos maiores sucessos das políticas de saúde contemporâneas.<sup>1,2</sup> No entanto, este ganho quantitativo não tem sido acompanhado por um aumento proporcional dos anos vividos com qualidade, independência e bem-estar<sup>2</sup>. Em Portugal, apesar da esperança de vida superior à média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), os anos de vida saudável após os 65 anos permanecem abaixo da média europeia, refletindo a elevada prevalência de doenças crónicas, multimorbilidade e limitações funcionais<sup>2-4</sup>. Esta realidade impõe novos desafios à sustentabilidade dos sistemas de saúde, ao intensificar a utilização de recursos e expor as limitações de modelos assistenciais fragmentados, colocando em evidência a necessidade de respostas mais integradas, personalizadas e baseadas na continuidade de cuidados — contexto em que a gestão de caso, particularmente liderada por enfermeiros, assume um papel estratégico e diferenciador.<sup>2-5</sup>

Os dados apresentados no Relatório de Acesso, Desempenho e Indicadores de Saúde (RADIS, 2025)<sup>3</sup> e no Health at a Glance (2025)<sup>2</sup> convergem numa constatação inequívoca: o principal desafio enfrentado pelos sistemas de saúde contemporâneos já não reside apenas na resposta a episódios agudos associados à doença crónica, mas na capacidade de conceber e operacionalizar modelos de cuidados contínuos, integrados e efetivamente centrados na pessoa em situação crónica e complexa.<sup>2,3</sup> Perante este contexto, torna-se imperativa uma reflexão sobre a adequação dos modelos organizacionais atualmente em vigor face à complexidade da cronicidade, reflexão para a qual o presente editorial assume explicitamente a intenção de contribuir, ancorando-se nos principais referenciais internacionais e na evidência disponível para o contexto português.

A compreensão da cronicidade está para além do entendimento de um conjunto de diagnósticos isolados, configura-se como uma condição complexa que se expressa na experiência vivida da pessoa, frequentemente marcada por sofrimento persistente, processos contínuos de adaptação, elevada carga de tratamento, limitação funcional e impacto significativo nos papéis familiares, sociais e profissionais.<sup>4,5</sup> Alguns estudos empíricos recentes demonstram que pessoas com multimorbilidade crónica enfrentam uma sobrecarga cumulativa associada à gestão simultânea de regimes terapêuticos complexos, múltiplos contactos com o sistema de saúde e exigências administrativas e informacionais, com repercussões diretas na adesão terapêutica, na segurança e na qualidade de vida.<sup>6-8</sup>

A evidência científica indica que as trajetórias de cuidado associadas à cronicidade complexa são frequentemente marcadas por descontinuidade identitária e relacional, fragmentação da informação clínica e défices de coordenação entre níveis assistenciais, fatores que se associam a piores resultados clínicos, maior utilização evitável de serviços e a uma experiência negativa do doente<sup>9-11</sup>. Neste contexto, a experiência do doente, avaliada através de resultados e experiências reportadas pela própria pessoa (*patient-reported outcomes* e *patient-reported experiences*), emerge como um indicador crítico da adequação, continuidade e qualidade dos cuidados prestados em situações de cronicidade complexa.<sup>2,12</sup>

A OCDE e a WHO sublinham que esta complexidade se traduz em trajetórias de cuidado marcadas por múltiplas transições entre níveis assistenciais, elevada carga terapêutica e risco acrescido de fragmentação, particularmente quando os sistemas permanecem organizados segundo uma lógica episódica e centrada na doença.<sup>4,5</sup>

Segundo estimativas recentes da OCDE, mais de 80% das pessoas com mais de 45 anos que utilizam serviços de saúde vivem com pelo menos uma doença crónica, e mais de metade apresenta multimorbilidade.<sup>13</sup> Em

Portugal, esta realidade é agravada por baixos níveis de literacia em saúde, desigualdades socioeconómicas persistentes e dificuldades de navegação no sistema, amplamente documentadas no RADIS 2025.<sup>3</sup> Uma em cada três pessoas refere sentir-se perdida no percurso assistencial, sendo a comunicação na gestão da doença identificada como fragilidade estrutural.<sup>3</sup>

A fragmentação entre cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e respostas sociais traduz-se em internamentos evitáveis, internamentos sociais, duplicação de atos e sofrimento evitável para pessoas (e cuidadores familiares) que necessitam, sobretudo, de continuidade, previsibilidade e acompanhamento próximo<sup>13</sup>. Não surpreende, assim, o aumento dos internamentos não planeados observado nos últimos anos, com custos sociais e económicos.<sup>2,3</sup>

Neste enquadramento, as orientações internacionais convergem na defesa de modelos de cuidado centrado na pessoa, orientados para a coordenação, integração e acompanhamento longitudinal ao longo das trajetórias de doença.<sup>4,13,14</sup> É neste domínio que a enfermagem avançada, e em particular a intervenção do enfermeiro gestor de caso, assume uma relevância ímpar. A evidência científica demonstra que enfermeiros com competências avançadas em avaliação holística e sistematizada, definição de diagnósticos centrados nas necessidades da pessoa, coordenação clínica, articulação organizacional e desenvolvimento de relações terapêuticas sustentadas se encontram particularmente bem posicionados para reconhecer o sofrimento, compreender o impacto da doença no quotidiano, identificar os recursos disponíveis e responder de forma integrada às necessidades clínicas, emocionais e sociais da pessoa em situação crónica e complexa.<sup>15–17</sup> A sua atuação não substitui outros profissionais, antes articula, coordena e dá coerência ao percurso da pessoa com doença crónica complexa, assegurando continuidade ao longo das transições em saúde e entre contextos assistenciais.<sup>17</sup>

Modelos de gestão de caso liderados por enfermeiros têm sido associados a melhorias significativas na continuidade dos cuidados, na redução da carga de tratamento, na satisfação da pessoa e na utilização adequada dos serviços, traduzindo ganhos clínicos e organizacionais sustentados.<sup>16,18–20</sup>

Em Portugal, o rácio de enfermeiros por 1.000 habitantes permanece abaixo da média da OCDE, e o investimento em prevenção e cuidados primários continua limitado.<sup>2</sup> Neste contexto, estratégias organizacionais orientadas para a coordenação e integração dos cuidados, como a gestão de caso, têm sido associadas na literatura científica a ganhos em eficiência e valor em saúde, sobretudo através da reorganização dos cuidados.<sup>16,20</sup>

Os relatórios internacionais sublinham que a satisfação das pessoas com os serviços de saúde está fortemente associada ao estado de saúde percebido e à qualidade da comunicação.<sup>2</sup> Neste domínio, profissionais com funções de coordenação e acompanhamento longitudinal, como o enfermeiro gestor de caso, intervêm de forma particularmente relevante ao promover a capacitação da pessoa com doença crónica para compreender a sua condição, reconhecer sinais de alarme, gerir regimes terapêuticos complexos e participar de forma informada nas decisões relativas ao seu cuidado, em consonância com os princípios do cuidado centrado na pessoa e da tomada de decisão partilhada.<sup>4,14</sup>

Este acompanhamento contínuo tem sido associado à redução da utilização não programada dos serviços de saúde, ao reforço da segurança clínica e ao aumento da autonomia da pessoa, aspetos particularmente relevantes num contexto em que a carga da doença crónica se traduz em absentismo laboral e pressão acrescida sobre os sistemas de proteção social.<sup>2,5</sup>

Apesar das experiências positivas já existentes em Portugal, a gestão de caso em enfermagem permanece frequentemente dependente de projetos locais, financiamentos temporários ou da iniciativa de equipas particularmente motivadas, como ilustram algumas experiências territoriais, entre as quais o Litoral Alentejano.<sup>3,20</sup> Contudo, os dados do RADIS e os relatórios da OCDE evidenciam que a fragmentação dos cuidados e a inadequação dos modelos organizacionais à cronicidade configuram problemas estruturais e persistentes, exigindo respostas igualmente estruturais e sustentadas.<sup>2,3</sup>

Neste enquadramento, a integração formal do enfermeiro gestor de caso nos modelos de cuidados à pessoa em situação crónica — nos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados — alinha-se com os princípios do cuidado centrado na pessoa, com a transição de modelos orientados para o episódio agudo para abordagens baseadas em trajetórias de cuidado, com a aposta na prevenção e na gestão da cronicidade, e com a promoção de maior equidade territorial e social.<sup>4,13</sup> Mais do que uma inovação organizacional, trata-se de uma escolha ética e estratégica.

A evidência disponível é clara ao demonstrar que os modelos assistenciais tradicionais permanecem desajustados face à complexidade da cronicidade. O cuidado centrado na pessoa, a coordenação e a organização longitudinal dos cuidados são reconhecidos como pilares essenciais para responder às necessidades das pessoas em situação crónica e complexa; contudo, a sua tradução efetiva em decisões políticas, organizacionais e formativas continua a revelar-se insuficiente.

Neste contexto, o enfermeiro gestor de caso afirma-se como uma resposta coerente com os princípios do cuidado centrado na pessoa e com as exigências da gestão da complexidade em saúde. A consolidação deste papel exige, porém, investimento deliberado em formação específica, desenvolvimento de competências

avançadas e reforço da investigação aplicada, capaz de avaliar de forma sistemática modelos de intervenção, resultados em saúde e impacto organizacional em diferentes contextos assistenciais.

Num sistema de saúde pressionado pelo envelhecimento, pela multimorbilidade e por recursos finitos, persistir em respostas orientadas para o episódio agudo é perpetuar um desajuste amplamente reconhecido. Ao reorganizar os percursos de cuidado e reforçar a coordenação longitudinal, a gestão de caso liderada por enfermeiros constitui uma resposta com impacto demonstrado na eficiência do sistema de saúde, contribuindo para a redução da utilização não programada dos serviços, para uma alocação mais racional de recursos e para a criação de valor em contextos de cronicidade complexa.

#### Palavras-chave

Gestão de caso; Enfermeiro gestor de caso; Doença crónica; Multimorbilidade; Continuidade de cuidados; Cuidado centrado na pessoa.

#### Referências

- 1 Dattani S, Rodés-Guirao L, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M. Our World in Data [Internet]. Life Expectancy; 28 nov 2023 [citado 2025 dez 30]. Available from: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>.
- 2 OECD. Health at a glance 2025: OECD indicators. [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2025 [citado 2025 dez 30]. Available from: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
- 3 Convenção Nacional de Saúde. RADIS 2025: Relatório de avaliação de desempenho e impacto do sistema de saúde [Internet]. Lisboa: CNS; 2025 [citado 2025 dez 30]. Available from: <https://cnsaude.pt/2025/11/11/relatorio-de-avaliacao-de-desempenho-e-impacto-do-sistema-de-saude/>
- 4 World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 2025 dez 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- 5 OECD. Realising the potential of primary health care. [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020 [citado 2025 dez 30]. Available from: <https://doi.org/10.1787/a92adec4-en>
- 6 Eton DT, Yost KJ, Lai J, Ridgeway JL, Egginton JS, Rosedahl JK et al. Development and validation of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS): a patient-reported measure of treatment burden. *Qual Life Res* [Internet]. 2017 [citado 2025 dez 30];26(2):489-503. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1397-0>
- 7 Spencer-Bonilla G, Quiñones AR, Montori VM. Assessing the Burden of Treatment. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017 [citado 2025 dez 30];32(10):1141-5. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4117-8>
- 8 Porter T, Ong BN, Sanders T. Living with multimorbidity? The lived experience of multiple chronic conditions in later life. *Health* [Internet]. 2020 [citado 2025 dez 30];24(6):701-718. Available from: <https://doi.org/10.1177/1363459319834997>
- 9 Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* [Internet]. 2017 [citado 2025 dez 30];356:j84. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- 10 Wang N, Chen J, Chen W, Shi Z, Yang H, Liu P et al. The effectiveness of case management for cancer patients: an umbrella review. *BMC Serv Res* [Internet]. 2022 [citado 2025 dez 30]; 22(1):1247. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08610-1>
- 11 Rafael H. Reconstrução da identidade pessoal na doença crónica: uma revisão integrativa. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2017 [citado 2025 dez 30];(18):77-84. Available from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0195>
- 12 Kingsley Charlotte, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ* 2017; 17: 137-144.
- 13 OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [citado 2025 dez 30]. Available from: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- 14 McCormack B, McCance T. The person-centred nursing framework. In: Dewing J, McCormack B, McCance T, editors. *Person-centred nursing research: methodology, methods and outcomes*. Cham: Springer; 2021. p 13-27.
- 15 Luther B, Barra J, Martial MA. Essential nursing care management and coordination roles and responsibilities. *Prof Case Manag* [Internet]. 2019 [citado 2025 dez 30];24(5):249-258. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000355>

- 16 Gonçalves MIR, Mendes DA, Caldeira S, Jesus E, Nunes E. Nurse-led care management models for patients with multimorbidity in hospital settings: a scoping review. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [citado 2025 dez 30];30(6):1960–1973. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.13621>
- 17 Karam M, Chouinard M-C, Poitras M-E, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N et al. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. *Int J Integr Care* [Internet]. 2021 [citado 2025 dez 30];21(1):16. Available from: <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- 18 Frankel AJ, Gelman SR, Pastor DK. *Case management: an introduction to concepts and skills*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- 19 Fraser K, Perez R, CCM F, Latour C. *CMSA's integrated case management: a manual for case managers by case managers*. New York: Springer Publishing, 2018.
- 20 Taveira I, Belo A, Cristino M, Goes A, Gomes V, Macieira C et al. Case management: the beginning of a new era in a peripheral portuguese hospital. *Prof Case Manag* [Internet]. 2019 [citado 2025 dez 30];24(4):222–225. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000377>