

MÓDULO 3

Neste módulo você tomará conhecimento dos aspectos teóricos e práticos do Gerenciamento de Casos (GC) como modelo de atenção a usuários de crack e outras drogas.

Você aprenderá algumas das características dessa estratégia, assim como suas funções, componentes e ações relevantes.

Lembre-se: o conteúdo deste módulo é fundamental para o entendimento dos demais assuntos.

Bom estudo!

Definição e características do gerenciamento de casos

Suellen Machado Sabino; Tiago Cardoso Gomes

Fala Professor:

Caro aluno,

Nesse módulo estudaremos sobre o modelo de tratamento denominado de Gerenciamento de Casos (GC), *“que é um processo orientado para a avaliação, planejamento, monitoramento e articulação das opções de uma rede de serviços e busca de apoio para os direitos e necessidades de cada paciente”* (CPAD, 2011).

Bom estudo!

O Gerenciamento de Casos (GC) surgiu nos Estados Unidos na década de 1960 após os movimentos da reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, quando os hospitais psiquiátricos estavam sendo fechados e os pacientes internados passaram a ser atendidas na comunidade em ambulatórios localizados em centros de saúde mental, com assistentes sociais integrando suas equipes. (REINALDO, 2005; BRASIL, 2012).

Em seus primórdios o GC foi proposto como uma estratégia inovadora, tendo por objetivo facilitar a oferta de cuidados em saúde oferecidos à população e que contemplaria a *qualidade* sem deixar de lado o *custo* do serviço (REINALDO, 2005).

Compreende a escolha de uma equipe de saúde (em alguns serviços de um único profissional) que se responsabiliza pela atenção do paciente durante todo o tratamento e que avalia a necessidade da atenção e tipos de serviços prescritos e recebidos (GONZALES et al., 2003).

Historicamente o GC desenvolveu-se em contextos de atenção médica nos quais profissionais do serviço social e da enfermagem eram frequentemente responsáveis pelos processos de alta dos pacientes (LEUKEFELD, 2000).

Esse modelo destaca a importância da equipe multidisciplinar, para o tratamento, reabilitação e suporte para ajudar o paciente a satisfazer as necessidades que o permitem viver melhor em comunidade, prevenindo assim, a hospitalização (BRASIL, 2012).

Atenção!!!

O gerenciamento de casos (GC) não é psicoterapia intensiva, mas uma abordagem cognitivo-comportamental, com objetivo de aumentar a capacidade de enfrentamento de problemas por parte do cliente (LEUKEFELD, 2000).

O GC se popularizou sem um protocolo específico, pois depende da diversidade de adaptações às circunstâncias locais e culturais, aspectos que determinam sua definição e prática.

No entanto, alguns princípios gerais são apropriados para quase toda aplicação da técnica, evidenciando assim, um modelo terapêutico baseado na comunidade e dirigido pelo cliente (CPAD, 2011).

O GC apresenta cinco funções básicas (ROSE; MOORE, 1995):

1. Busca ativa;
2. Avaliação de necessidades;
3. Planejamento do tratamento;
4. Relacionamento com a rede socioassistencial e;
5. Monitoramento dos casos.

IMPORTANTE:

Um traço comum entre as várias definições de GC é *conectar serviços a pessoas, monitorando essas atividades* (LEUKEFELD, 1990). Um exemplo é o trabalho em rede previsto na política de saúde mental em que os casos devem ser compartilhados entre os diversos equipamentos, como o CRAS, CAPS, Unidades de Saúde, igrejas, entre outros (BRASIL, 2003).

Essas funções têm como objetivo facilitar a permanência do usuário no tratamento e assegurar que este acesse o serviço adequado a sua real necessidade.

O gerente de casos pode ser o responsável por todas ou apenas algumas dessas funções. Em linhas gerais, o gerenciamento de caso pode ser definido como um conjunto de intervenções que visam facilitar o desfecho no tratamento (FIGLIE et. al, 2004).

Existem diferentes modelos de gerenciamento de casos, dentre os quais: o Generalista, o Tratamento Comunitário Assertivo/Intensivo, o Modelo Clínico e o Modelo Baseado nas Potencialidades do Usuário (CPAD, 2011) Como proposta de atenção ao usuário de álcool e outras drogas vamos tratar do GC baseado nas potencialidades do usuário.

Este modelo é centrado nas características positivas do usuário de substâncias psicoativas, estabelecendo um foco cuidadoso nas suas prioridades e na sua rede informal (comunitária e pessoal), indo além dos serviços de saúde. Visa o reforço da individualidade, empoderamento e desenvolvimento de uma parceria colaborativa entre profissional e paciente (CPAD, 2011).

De acordo com Rapp (1992), o modelo baseado nas Potencialidades fundamenta-se, em seis princípios:

1. O **foco** é nos pontos fortes do usuário, mais do que em sua patologia;
2. Grande **importância** para a relação gerente de casos-usuário;
3. As **intervenções** são baseadas na capacidade de autodeterminação do usuário;
4. A **comunidade** é vista como oásis de recursos, não como um obstáculo;
5. Modo de **intervenção preferencial**: busca ativa “agressiva” (intensiva) e
6. **Pessoas com sofrimento mental** podem continuar a aprender, crescer e mudar.

De acordo com Figlie e Laranjeiras (2004), o gerenciamento de caso tem se mostrado uma intervenção eficaz para assistência de pessoas que apresentam problemas psicossociais, dentre estes o tratamento da dependência química.

Resumo:

Na Unidade 1, do Módulo 3; você estudou o conceito de gerenciamento de casos, com enfoque no modelo baseado nas potencialidades do usuário de álcool e drogas. Esta compreensão é importante para que você possa conhecer os componentes e ações básicas dessa estratégia, que serão o tema da próxima Unidade.

Referências:

AMUI, N.O.; MOURA, Y.G.; NOTO, A.R. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988-2008. In: **XVIII Congresso de Iniciação Científica da UNIFESP**. São Paulo: UNIFESP, 2010.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**: 1 João 2:1. Tradução: Centro Bíblico Católico. 109. ed rev. São Paulo: Ave Maria, 2003. p.1550.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 380 p., 2002.

CARLINI, E.A.; GALDUROZ, J.C. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. 2007.

FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo, Roca, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005. 398p.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z.V.M.; NOTO, A.R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIHEL, A. et al. **Dependência química. Porto Alegre**: Artmed, 2011.p.49-58.

MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu. 2010. p.71-97.
NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. Benzodiazepínicos no Brasil: um perfil do consumo nos de 1988 e 1989. **J Bras. Psiquiatr.**, v.42, n.6, p.313-319, 1993.

NAPPO, S.A.; OLIVEIRA, E.M.; MOROSINI, S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. **Pharmacoep. Drug Saf**, v.7, n.3, p. 207-212, 1998.

NOTO, A.R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 2004.

SMART RG, Johnston LD, Hughes PH, Anumonye A, Khant U, Mora MEM, et al. A methodology for students drug-use surveys. Geneva: World Health Organization, 1980.

TATO. Rindo à toa. In: Falamansa. **Deixa Entrar**. São Paulo: Deckdisc, São Paulo. 2000.1CD. Faixa 4.

Momento da Cultura Brasileira:

*“Ha hahahaha
Mas eu tô rindo à toa
Não que a vida
Esteja assim tão boa
Mas um sorriso ajuda a melhorar
A ah A há”*

*- Rindo à Toa -
(Falamansa)*

“Filhinhos meus, isto vos escrevo para que não pequeis. Mas, se alguém pecar, temos um intercessor junto ao Pai, Jesus Cristo, o Justo.” (1 João 2:1).

