



O ASSISTENTE SOCIAL COMO GESTOR DE CASOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Doi 10.21902/jhmreview.v1i1.326

Fabiano Macedo¹
Maria Cecília L. Moraes²

RESUMO

O assistente social é considerado peça chave para a promoção da coletividade. No âmbito da saúde, seu papel vem se transformando em consequência das novas demandas sociais e, exigências instituídas pelo poder público. A gestão de casos é parte desta conjuntura; trata-se de um trabalho inovador que dialoga com o Sistema Único de Saúde (SUS), já que, condições crônicas e cuidados contínuos tem um lugar de destaque na agenda atual. O relato apresenta a experiência do profissional como gestor de casos, na Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma unidade básica localizada na zona sul do município de São Paulo; realizada com uma amostra de 45 pacientes. Entre os assistidos 55,5% foram mulheres, 47% provenientes da Central de Gestão de Casos e, a condição crônica mais prevalente foi Hipertensão Arterial Sistêmica (31%). Quanto as idades, a distribuição foi heterogênea. Dez pacientes (22%) receberam alta por melhora do quadro caso clínico e decréscimo do número de internações. Foi relevante o papel do cuidador doméstico. A vivência reafirma a importância do assistente social como membro da equipe interdisciplinar.

Palavras-chave: Assistente social; estratégia saúde da família; saúde pública.

¹ Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, São Paulo (Brasil)

Assistente Social da Unidade Básica de Saúde – UBS, São Paulo (Brasil)

E-mail: fabiano.macedo@yahoo.com.br

² Doutora pela Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (Brasil)

Professora pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, São Paulo (Brasil)

E-mail: leimo7@hotmail.com



THE SOCIAL WORKER AS A CASE MANAGER: A REPORT OF EXPERIENCE IN A HEALTH SERVICE FROM SÃO PAULO CITY

ABSTRACT

The social worker is considered a key part for the promotion of the community. In the health area, its role has been transformed as a result of new social demands and requirements imposed by the government. Case management is part of this situation; it is an innovative work that interacts with the Unified Health System (SUS), since chronic conditions and continuous care has a prominent place in the current agenda. The report presents the experience of the professional as a case manager in the Family Health Strategy (FHS) in a basic unit located in the southern area of São Paulo; performed with a sample of 45 patients. Among the assisted 55.5% were women, 47% from the Case Management Center and the most prevalent chronic condition was Systemic Arterial Hypertension (31%) The ages' distribution were heterogeneous. Ten patients (22%) were discharged after improvement of the clinical case and hospitalizations' number decrease. The role of domestic caregiver was relevant. The experience reaffirms the importance of the social worker as a member of the interdisciplinary team.

Key words: Social worker; family health strategy; public health.



INTRODUÇÃO

O assistente social, ao longo dos anos, tem incorporado diversas funções a sua rotina de trabalho. De profissional devotado a ações que o relacionavam a doutrinas religiosas, reconstituiu-se com cargos especializados no cuidado humano em múltiplas áreas. Assume papéis de referência na educação, nos serviços jurídicos, na indústria e comércio, e na saúde. Neste âmbito, abre-se uma nova perspectiva de atuação: gestor de casos junto a portadores de condições crônicas. Circunstâncias estas que exigem cuidados e, acesso aos serviços de saúde, de maneira contínua; aspecto que se harmoniza, plenamente, com a profissão. É um trabalho inovador que merece ser visitado por pares e outros profissionais do campo da saúde. A tarefa reafirma o serviço social como um dos pilares para a promoção da coletividade.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

No Brasil, o serviço social institucionalizou-se e legitimou-se como profissão, a partir dos anos 30, como um suporte da igreja católica, na perspectiva do enfrentamento da questão social¹. Esta instituição teve particular importância na estruturação do perfil da profissão e, foi responsável pelo ideário, conteúdos e processo de formação dos primeiros assistentes sociais.

No ano de 1936, surge a primeira Escola de Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, possuía um caráter de apostolado e, abordava a questão social como tema moral². As contribuições do profissional incidiam sobre valores e comportamentos dos seus usuários, com a perspectiva de integração à comunidade e às relações sociais vigentes. O enfoque era individualista e moralizador, trazia como referencial o pensamento social da religião, de cunho humanista e conservador, contrário aos ideais liberais marxistas.

Nos anos 60, o assistente social questionou os referenciais teóricos mostrando insatisfação com sua conjuntura histórica. Iniciou-se, em toda América Latina, um amplo movimento de renovação, em diferentes níveis: teórico metodológico, técnico operativo e político. Esse momento foi denominado como “movimento de reconceituação”, e impôs a necessidade da construção de um novo projeto profissional.

A partir das décadas de 60/70, ampliou-se a rede de serviços sociais e, também a demanda de trabalho, permitindo avanços nas esferas acadêmicas e institucionais. O assistente social ganhou pertinência em diversos campos: na prestação de serviços sociais e assistenciais, na administração e repasse de recursos e, na viabilização do acesso da população



a programas e serviços. Consolidou-se na sociedade brasileira, na medida em que, as intervenções do Estado no campo social foram se firmando, apesar da precariedade destas políticas.

Neste contexto, a ingerência do profissional acontecia por meio da oferta de recursos e serviços e, exercício de uma ação sócio educativa. Assumia características disciplinadoras enquadrando o usuário institucional e socialmente, ao mesmo tempo em que, se apropriava de uma postura emancipatória: defendendo, preservando e efetivando os direitos sociais. Estas mudanças relacionavam-se com a promoção da qualidade de vida da população.

As temáticas de trabalho alteravam-se segundo o espaço que o profissional ocupava no mercado. Atuavam e, ainda o fazem, em organizações públicas e privadas, tais como: abrigos, presídios, albergues, escolas creches, centros comunitários, centros de convivência, empresas, fóruns, previdência, educação, recursos humanos, hospitais, ambulatórios de saúde mental, pronto socorros e centros de saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ASSISTENTE SOCIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a organização sanitária vigente no país. É prestigiado e compatível com os melhores do mundo; apoiado na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão. A lei 8080, aprovada em 1990, regula as ações e os serviços de saúde, possuindo três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade^{3;4}.

Em 1994, para a efetiva implantação do SUS foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que nasceu fundamentado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁵. Os dois dispositivos, prioritariamente, reorganizaram a Atenção Primária oferecendo as famílias serviços focados na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim, alterava-se o antigo modelo que priorizava os serviços assistenciais centrados na doença e no médico, para um padrão baseado em ações preventivas individuais e coletivas. A equipe de Saúde da Família, inicialmente, era constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico e/ou auxiliar de enfermagem e, agentes comunitários de saúde, em números que variavam de acordo com o tamanho da população assistida.

No momento em que o programa deixou de responder aos anseios do projeto político, passou por ajustes técnicos; deixou de ser um programa e ganhou a denominação de estratégia



a fim de ganhar novos contornos e delineamentos, nascia a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶.

A atividade do serviço social no campo da saúde veio contribuir para a efetivação das propostas do SUS, sobretudo, no que se refere à prática educativa orientada para a consecução da saúde pública no Brasil. A profissão foi regulamentada pela lei nº 8.662/93⁷, e está entre as categorias de profissionais de nível superior que são considerados da área de saúde^{8;9}.

O serviço social contribuiu para a consolidação de direito a saúde, transcendendo o conceito saúde/doença para preservar os princípios norteadores do sistema¹⁰. Para desenvolver suas ações, os profissionais buscaram fundamentação na legislação social brasileira, tais como: Lei Orgânica da Assistência Social, Lei Orgânica da Saúde, Código de Ética Profissional, Estatuto da Criança e Adolescente, Política Nacional do Idoso, Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e outros. Estas leis que regulamentam os direitos sociais, também, foram instituídas na Constituição Federal de 1988^{3;9;10;11}.

Desde a Constituição, não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que essas são produtos das relações sociais acrescidas dos meios físico e cultural. A definição de necessidades de saúde envolve aspectos éticos relacionados ao *complexo vida*, direitos e deveres.

Cabe ao Serviço Social, em uma ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS; formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde¹². As ações devem ser pensadas e concretizadas, dentro de suas conexões e relações, encaminhando-se para uma prática eficiente constituída por assistentes sociais e demais profissionais da área em equipes¹³.

CONDIÇÕES CRÔNICAS

Um dos grandes desafios na saúde em dias atuais são as condições crônicas. Estas condições englobam as doenças e agravos não transmissíveis, com evolução prolongada tais como: transtornos e distúrbios mentais, deficiências físicas e estruturais permanentes e as doenças crônicas. Estes agravos representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano de 2020 e, que as maiores incidências serão as doenças cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais e os cânceres. Estima-se, ainda para o



período, que as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento ^{14;15}.

As expectativas apontavam que 388 milhões de pessoas no mundo morreriam por doenças crônicas até o ano de 2013¹⁵. Tomando como exemplo a diabetes, sabe-se que em 1995 havia 135 milhões de casos no mundo e, as projeções indicam que este número chegará a 300 milhões no ano de 2025 ¹⁶.

As doenças crônicas iniciam-se e evoluem lentamente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade e, principalmente, estilos de vida. Podem levar à perda de capacidade funcional, em um ciclo vicioso onde cada sintoma estimularia outros. Exemplificando: a condição crônica iniciaria a tensão muscular que provoca dor, desencadeando estresse e ansiedade, que por sua vez traria problemas emocionais como a depressão causando fadiga e originando a condição crônica ¹⁷.

As patologias crônicas, além dos efeitos adversos na qualidade de vida e grande número mortes, geram efeitos econômicos negativos para as famílias e suas comunidades. As relações entre estas condições e a pobreza estão bem estabelecidas, de um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza. Exigem cuidados e acesso aos serviços, permanentemente. No ano de 2005, entre as treze principais causas de internação no SUS, nove foram por condições crônicas ¹⁸.

O CONCEITO GESTÃO DE CASOS

A gestão de casos é uma opção inovadora de trabalho no Sistema de Único de Saúde (SUS). Contempla um modelo que gerencia toda a atenção mediante um contínuo dos serviços. Inclui a supervisão do paciente em diferentes pontos de cuidados, como hospitais, ambulatórios especializados, centros de enfermagem e, atenção domiciliar, entre outros. Constitui, portanto, um sistema de integração com difícil implementação, especialmente no sistema público de saúde ¹⁹.

É um processo cooperativo que se desenvolve entre uma equipe e/ou profissional de gestão de casos e uma pessoa portadora de condição de saúde complexa. A equipe de gestão de casos, frequentemente, é constituída por 02 técnicos: um gestor e um norteador. As peculiaridades da formação do assistente social têm sido determinantes para que este seja designado como gestor. Os dois componentes tecem o processo de trabalho, formam uma



rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e, coordenar a atenção de saúde, de acordo com as necessidades do indivíduo.

Entre os objetivos do projeto estão: propiciar uma atenção de qualidade eficiente para aumentar a capacidade funcional e, preservar a autonomia individual e familiar, com aumento da satisfação de ambas as partes. Do mesmo modo, busca estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas e, assegurar o seguimento do cuidado na rede de atenção à saúde. Além do que, implementa a comunicação entre os profissionais e usuários; reduzindo, sem prejuízo da qualidade, a permanência nos serviços.

Historicamente, os sistemas de saúde não foram estruturados para responder às situações crônicas. Circunstâncias que requerem a utilização de serviços de saúde por longos períodos, a integração de novos hábitos de vida, a possibilidade de prevenção dos eventos relacionados a estas condições e, a não cura do indivíduo. Estes quadros ainda não estão, totalmente, incorporados nas incumbências da rede. No entanto, a demanda é crescente, sendo assim espera-se mudanças significativas no sistema de saúde vigente, materializando-se o melhor cuidado possível ¹⁴.

No Brasil, a gestão de casos tem sido praticada por operadoras de planos de saúde com resultados exitosos. Uma operadora de Belo Horizonte (MG) ao acompanhar 296 pacientes, por 18 meses, conseguiu que o custo mensal da atenção/paciente caísse de R\$1.118,00 para R\$ 568,00, o que representou uma redução de 49,2%. O número médio de internações hospitalares passou de 0,140 por usuário /mês para 0,113 por usuário mês, uma queda de 19,6%. Embora este modelo de gestão seja importante para o SUS, não há relatos significativos da utilização deste trabalho. Faz-se essencial difundi-lo.

A gestão de caso envolve várias etapas: seleção do caso, identificação do problema do paciente, elaboração e implementação do plano de cuidado e monitoramento ^{20;21}.

A SELEÇÃO DO CASO

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, apresentam condições crônicas complexas: co-morbidades, graves problemas familiares, distúrbios mentais importantes, falta de uma rede de suporte social que conduzem a sucessivas readmissões hospitalares. Este modelo, também, está indicado para as pessoas com evidências de algum tipo de abuso; moradores de rua e, sujeitos em estágio de pobreza extrema ¹⁸.



Os critérios de elegibilidade devem ser definidos em função das variáveis no diagnóstico, tipo e local de tratamento, quantidade de internações, custo, e padrões de cuidados. As diretrizes clínicas devem fornecer elementos para a seleção de pacientes elegíveis para a gestão de caso²².

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Após a seleção de caso, identifica-se a questão que parece estar causando maior obstáculos para os cuidados do paciente. Para tanto é necessária uma entrevista inicial, colhendo o máximo de informações como dados demográficos (nome, sexo, idade, endereço, estado civil, grau de instrução, religião), aspectos socioeconômicos (tipo de emprego, situação econômica), as condições de vida, especialmente, aquelas ligadas ao meio ambiente familiar. Outrossim, é conhecer a história médica, medicações utilizadas, fatores familiares associados a doenças crônicas e motivo de não adesão ao tratamento. Este conjunto de informações são anotadas na Ficha de Atendimento Social (FAS).

Algumas decisões poderão ser tomadas no momento da identificação do problema, se houver esta possibilidade.

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO

A elaboração e a implementação do plano de cuidados definem a maneira como os objetivos traçados podem ser alcançados: o que necessita ser feito, a forma como será realizada, e a definição de metas globais. É fundamental a participação do paciente e, quando possível, da família. A implementação é o momento de colocar o plano de cuidados em execução.

MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados deve ser monitorado, constantemente, para observar se os objetivos estão sendo alcançados, tanto para atender as necessidades do paciente, assim como, as da família, incluindo as questões de disponibilidade e condições físicas e mentais para concretizar o projeto. Por consequência, estes poderão sofrer ajustes, que serão controladas por telefone ou mediante a presença de um membro da equipe de gestão.



PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASOS

O atendimento integral se refere ao re/conhecimento de cada pessoa e, como decorrência a não fragmentação da atenção, observando fatores socioeconômicos e culturais como determinantes de saúde. Exige uma percepção das múltiplas necessidades fazendo com que a atenção interdisciplinar seja uma das tônicas do trabalho. O modelo integral de atenção não pressupõe a cura da doença, mas expande horizontes considerando a vida espiritual e material do indivíduo²³.

Na elaboração do plano de cuidados, o gestor (assistente social) discute e define, juntamente com o norteador, as ações que serão realizadas durante o período de acompanhamento do paciente. Entre estas ações, destacam-se as visitas domiciliares, os encaminhamentos para os serviços especializados tais como: Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Centro de Referência Assistência Social (CRAS), serviços sócios assistenciais, grupos sócios educativos (escolas, igrejas e associações de bairro) quando existentes na comunidade. Há indicativos que estes últimos fortalecem a prevenção de doença e promoção da saúde.

Os esforços dos gerentes de casos são direcionados para aliviar ou conter a fragmentação dos serviços e, desmobilizar os aspectos burocráticos²⁴.

Remetendo-se ao apresentado, considera-se pertinente relatar a experiência de trabalho de gestão de casos junto a pacientes portadores de condição crônica com objetivo de descrever e divulgar uma das funções do serviço social no campo da saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um trabalho descritivo onde se relata a experiência do assistente social como gestor de casos junto a portadores de condição crônica. O trabalho ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo. A amostra foi constituída por atendidos 45 indivíduos, na situação relatada. A experiência aconteceu entre novembro de 2009 a setembro de 2011.

A UBS

A Unidade Básica onde se desenvolveu esta experiência está localizada na região de Cidade Adhemar, zona sul do município de São Paulo. É um bairro dormitório, com uma população composta por operários, mão de obra não especializada e trabalhadores do mercado



informal. Atualmente, o local passa por mudanças, assimilando indivíduos de outros estratos; parte desta população provêm de escalão aquisitivo que já foi mais vigoroso, economicamente. Outros encontram-se à margem, constituindo uma população que enfrenta os problemas relacionados a pobreza extrema. Possui uma população de aproximadamente 13.800 habitantes.

O inquérito sobre as causas de mortalidade elaborado no ano de 2008, revelou que a tensão cardiovascular, foi a maior responsável pelas mortes da população adscrita com um percentual de 22,4%. Seguiram-se os óbitos por diabetes mellitus 17,2%, gripe 13,7%, câncer 8,6%, doenças cardíacas 6,8%, tuberculose 5,1% e aids com 3,4%. (Texto extraído do documento elaborado pela UBS, 2008).

A TRAJETÓRIA

A Central de Gestão de Casos (CGC) do Hospital Geral da região é o serviço que responde por este trabalho. Um técnico é indicado como norteador, que significa ser a referência do indivíduo no hospital. Explica-se que a CGC é multidisciplinar, contudo, habitualmente, o enfermeiro ou psicólogo cumprem o papel de norteadores. O norteador entra em com o gestor (assistente social) e, estabelecem uma equipe de gestão. É importante que o gestor esteja alocado na área de abrangência de moradia do paciente. Quando não, deverá conhecer bem a região, considerando que várias necessidades do indivíduo devem ser atendidas. A equipe de gestão visita o paciente duas vezes por semanas, ocasiões nas quais agregam mais informações sobre o indivíduo, complementando a FAS. A programação da alta é avaliada pelo corpo clínico, juntamente com a equipe de gestão.

A equipe centraliza os informes e, posteriormente, referem o paciente para a UBS. A FAS, também, é transferida para a UBS e, disponibilizada para a equipe cuidadora, ficando armazenada em pastas com marcadores específicos indicando que pertence a um paciente supervisionado pela gestão.

Após a discussão do caso na UBS de referência, as visitas domiciliares são agendadas, obedecendo as necessidades do indivíduo e condições da equipe multidisciplinar. De maneira geral, os primeiros procedimentos são a avaliação do serviço de enfermagem e o planejamento de cuidado. Posteriormente, a equipe de gestão define as estratégias a serem adotadas: contatos telefônicos, consultas médicas, encaminhamentos para os serviços de especialidades.



O planejamento é feito semestralmente, e as reuniões de acompanhamento dos casos são três ao mês, sendo uma com a equipe multidisciplinar da UBS e as duas outras com a equipe de gestão. Quando existe a possibilidade e/ou necessidade, qualquer outro membro da Central de Gestão de Casos do Hospital, também participará de alguns destes encontros.

Durante o acompanhamento, na medida em que o paciente aderir ao tratamento, contar com a presença de um cuidador de referência e, havendo evolução de melhora no quadro clínico e social, receberá alta da gestão de casos. Entretanto, continuará em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, que notificará o gestor sobre o estado do indivíduo.

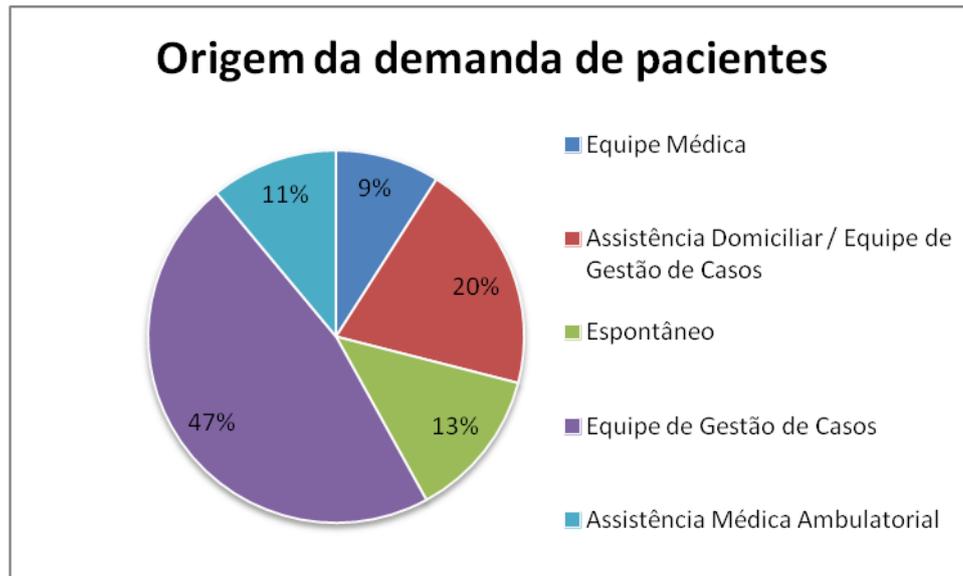
As informações sobre o paciente são enviadas para um banco de dados que permite aos profissionais da Central de Gestão de Casos, bem como, a assessoria técnica, conhecer e analisar o trabalho realizado e, quando necessário, discutir as intervenções efetuadas.

A experiência descrita aconteceu entre os anos de 2009 e 2011.

RESULTADOS

OS CASOS

Quarenta e cinco indivíduos foram atendidos. Mesmo com a implantação do serviço, observou-se que os caminhos para a assistência foram diversificados. A maior parte (47%) foi selecionada pela equipe de gestão de casos. A proximidade do gestor (assistente social) com os profissionais de atendimentos domiciliares, fez com que se constituíssem parcerias em uma contribuição de 20% dos casos. Treze por cento dos pacientes e/ou familiares buscaram ajuda, o que resultou no que se denomina procura espontânea. Ressalta-se que os casos que não passaram pela CGC ficaram, unicamente, sob o cuidado do gestor. Os números (9%) mostraram que as equipes médicas, encaminharam poucos pacientes. A falta de conhecimento ou entrosamento com o programa pode ter causado esta situação. Pretende-se que tanto a CGC como a equipe de gestão divulguem o trabalho com maior eficiência. (FIG. 1).



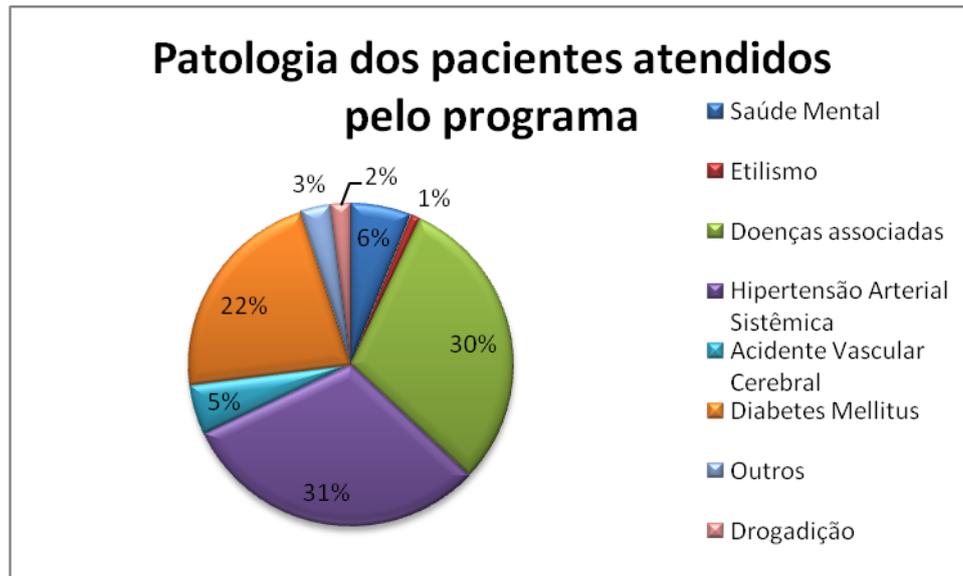
Fonte: UBS Vila 2009-2011, São Paulo, Brasil.

Foram atendidas 25 mulheres (55,5%) e 20 homens (44,5%). A faixa etária de pacientes do programa foi diversificada. O maior número de atendimentos (9) ocorreu entre mulheres nas idades entre 30 e 59 anos, faixa etária de grande produtividade. Estes dados reforçam os resultados de estudos que apontam a procura de serviços de saúde pelas mulheres^{25;26}. Na faixa etária entre os sessenta e setenta anos, o número de atendimentos entre homens e mulheres foram similares. A partir dos 71 anos os atendimentos se organizaram com pequeno aumento de casos entre o sexo masculino. Além do significativo aumento da longevidade geral que alterou o perfil epidemiológico, sugere-se que os novos arranjos familiares expliquem estes resultados. Avaliou-se que a assistência deixou de ser um trabalho desenvolvido e dividido pela rede de parentesco; a viuvez, o distanciamento dos grupos sociais, a não existência ou perda de filhos contribuíram para o cenário. Apenas mulheres constituíram o grupo com mais de 80 anos. O que acentua a ideia de maior expectativa de vida entre as mulheres²⁵. (FIG. 2)



Fonte: UBS 2009-2011, São Paulo, Brasil

Quanto às patologias encontradas distinguiu-se o alto número de doenças crônicas, compatíveis com o estilo e qualidade de vida atuais, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (31%), Doenças associadas a outras doenças (30%) e a Diabetes Mellitus (22%). Ferraz e Machado²⁷ pesquisaram a incidência destas doenças e a relevância do sistema de cuidados, os quais contribuíram para que o indivíduo levasse uma vida dentro dos padrões de normalidade. As possíveis consequências das citadas patologias apontaram a necessidade de atenção específica²⁸. As doenças associadas remetem ao aspecto citado quanto ao ciclo da condição crônica, onde um fator conduz a outro. A equipe de gestão coordenou trabalhos dirigidos a educação em saúde. (FIG. 3)



Fonte: UBS 2009-2011, São Paulo, Brasil

Cinquenta por cento do grupo, ou seja, 22 indivíduos passaram a serem assistidos por outros profissionais, já que estavam fora da área de abrangência de referência. Após o período mais delicado, o paciente foi transferido para a unidade de sua região. Para suprir as necessidades prementes a CGC, por vezes, convida o gestor a supervisionar casos externos a sua área de adstrição. A implantação de um maior número de equipes de gestão resolveria o problema. Dez pacientes (22%) receberam alta do programa em função da evolução com melhora clínica. Ou seja, o paciente alcançou uma situação que o permitiu não estar mais no programa. É importante destacar que 23 indivíduos faziam parte da área onde estava alocado o gestor, o que significou 43, 5% das altas. Nestes casos, houve considerável participação e envolvimento do cuidador, que se responsabilizou pelo indivíduo e fez com que as estratégias propostas fossem alcançadas. Os resultados valorizaram a importância do acompanhamento conjunto: equipe e cuidador. Infelizmente, sete pacientes (14%) foram a óbito. (FIG. 4)



Fonte: UBS 2009-2011, São Paulo, Brasil.

Estes resultados, mesmo que iniciais, mostraram as potencialidades encerradas na Gestão de Casos. Para os profissionais da equipe as repostas foram consideradas positivas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A maior parte dos casos (47%) foi captada pela equipe de gestão, mas anteriormente, os pacientes passaram em consulta médica; portanto o próprio clínico, talvez conhecendo o programa, poderia ter realizado o encaminhamento para o programa de gestão. A lacuna na divulgação é um aspecto que precisa melhor ser trabalhado. As mulheres (55,5%) formaram o grupo de maior atendimento. No que diz respeito as faixas etárias, aconteceram 14 atendimentos nas idades entre 30 e 59 anos, número que se repetiu nas idades entre 60 e 70 anos. A hipertensão arterial foi a condição crônica mais prevalente (31%).

Um das maiores dificuldades encontradas na implantação do modelo de gestão de caso foi sensibilizar todos os profissionais da unidade básica de saúde. Com certeza o paciente portador de doença crônica não é responsabilidade exclusiva do gestor de casos; toda a equipe deveria buscar a excelência no programa em questão. Todos os profissionais são importantes colaboradores.

Muitos técnicos não se apropriaram do trabalho em razão da diferença dos vínculos empregatícios de servidores da UBS. Na organização, coexistem profissionais concursados municipais, estaduais e, contratados pela organização social em regime de Consolidação das



Leis Trabalhistas (CLT). Dentro de uma mesma função, os salários são diferenciados, o que gera repercussões negativas sobre as tarefas. Muitos se isolam, intencionalmente, nesta diferença, a fim de não participar.

A informação alterou o histórico dos pacientes atendidos pela Gestão de Casos, já que um número significativo de participantes do grupo não possuía qualquer noção quanto a oferta de serviços de saúde; não aderindo aos tratamentos prescritos por desconhecimento das referências existentes na atenção básica. A implantação do plano de cuidado com monitoramento e encaminhamento alterou esta situação.

Os desempenhos dos cuidadores construíram uma base sólida para o trabalho. O envolvimento, participação e co-gestão geraram respostas produtivas.

Foi possível constatar, durante o período de monitoramento, a redução de internações hospitalares e atendimentos de urgência. Lamentavelmente, estas notas não foram tratadas com uso da estatística. Ainda assim, os resultados foram considerados como promissores.

Reconheceu-se o serviço social como dispositivo articulador dos vários setores que atuam sobre os determinantes de saúde. Ainda, abonou-se a função agregadora no grupo para compor com as necessidades de saúde de cada indivíduo.

Espera-se que em um futuro próximo a gestão de casos seja uma tarefa presente nos serviços públicos e privados. Torna-se imprescindível que profissionais da área divulguem os resultados obtidos. Com certeza a disseminação dos ganhos abrirá novas perspectivas para os assistentes sociais e, principalmente para os pacientes.

REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Regional de Serviço Social. Legislação Brasileira para o Serviço Social. São Paulo: CRESS; 2006.

Iamamoto MV. A questão social no capitalismo. *Revista Temporalis*. 2000; 3: 16-7.

Brasil. Presidência da República. Constituição: República Federativa do Brasil 1988. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.

Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Capítulo 3, A criação e a implementação do SUS; p.43-101.

Costa EMA. In Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009. Capítulo 2, p.11-21.



Cordoba E. SUS e ESF- Sistema único de saúde e estratégia saúde da família. São Paulo: Rideel; 2013. Introdução, p.2-24.

Brasil. Lei nº 8.662/93 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a Regulamentação da Profissão de Serviço Social. Diário Oficial da União. Brasília, 08 de julho de 1993.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 218 de 06 de março de 1997. Dispõe sobre o reconhecimento do Assistente Social como profissional de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 05 de março de 1997. p.8932-33.

_____. RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 que Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social,[1999]. Disponível em: http://www.cresses.org.br/site/images/resolucao_cfess_383_1999_assistente_social_profissional_saude.pdf. Acessado em 11 de setembro de 2016.

Brasil. Lei nº 8069, de 13 de junho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. Brasília, 13 de julho de 1990.

Brasil. Lei nº 8742, de 07 de setembro de 1993. Lei Orgânica da Saúde. Legislação suplementar/Ministério da Assistência Social. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Assistência Social (BR); 2003. 72p.

Matos MC. O debate do serviço social na saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com projeto da reforma sanitária [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Vasconcelos AM. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital invest. WHO global report; 2005.

King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes care. 1998; 21(9): 1414-1431.

Lorig K. Living a healthy life chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, stroke, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema & others. Bull Publishing Company; 2000.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência.& Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2297-2305.

Mendes EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. A reengenharia do sistema dos serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. p.57-86.



Aliotta S. Case management of “at risk” older people. In: Cochrane D. red. Managed care and modernization: a practioner’s guide. Buckingham: Open University Press; 2001.

Powell SK. Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincot Williams & Williams; 2000.

Mullahy C. The case manager’s handbook. Jones & Bartlett Learning; 2013.

Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção à saúde. UERJ; 2006.

Frankel A, Gelman S. Case management: An introduction to concept and skills. Lyceum Books Incorporated; 1998.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços. Cad. saúde pública. 2007; 23(3): 565-574.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machi R, Silva GSND, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WDS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface -Comunicação, Saúde, Educação. 2010; 14(33): 257-270.

Ferraz ASM, Machado AAN. Atividade física e doenças crônico-degenerativas. Revista Diversa. 2008; 1(1): 25-35.

Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2006; 87(1): 496-503.