



**MANUAL PARA A GESTÃO DE CASO  
NA REDE MÃE PARANAENSE**

## Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**

Sezifredo Paz  
**Diretor Geral**

Juliano Schmidt Gevaerd  
**Superintendente de Atenção à Saúde**

Monique Costa Budk  
**Departamento de Atenção Primária a Saúde**

Débora Mara Bilovus  
**Coordenadora da Rede Mãe Paranaense**

### **Organizadoras:**

Cibele Prado da Luz  
Iolanda Maria Novadzki  
Janine Trompczynski  
Luciana Maria Freitas Hatschbach  
Viviane Serra Melanda

### **Consultores:**

Eugênio Vilaça Mendes  
Maria Emi Shimazaki

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

# REDE MÃE PARANAENSE

## MANUAL PARA A GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

2017



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às Regionais de Saúde e aos Municípios que participaram da fase anterior/piloto da gestão de caso. Somente com a validação das experiências positivas após essa fase de implantação será possível estender esse importante processo que contribuirá para a redução da mortalidade materno-infantil de todo o Paraná.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	Objetivos	13
<b>1.1</b>	Objetivo Geral	13
<b>1.2</b>	Objetivos Específicos	13
<b>2</b>	A Gestão de Caso	14
<b>2.1</b>	Os Fundamentos sobre a Gestão de Caso	14
<b>2.2</b>	A Primeira Fase da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense	23
<b>3</b>	A Avaliação da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense	26
<b>3.1</b>	O Instrumento para Avaliação da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense	26
<b>4</b>	O Plano para a Implementação da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense	38
<b>4.1</b>	O Plano para a Correção das Não Conformidades	38
<b>4.1.1</b>	O PDCA	38
<b>4.1.2</b>	A Matriz 5W2H	39
<b>5</b>	Os Instrumentos para o Acompanhamento da Gestão de Caso	42
<b>5.1</b>	Implantação da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense	42
<b>5.2</b>	Acompanhamento da Gestão de Caso da Rede Mãe Paranaense – Município	42
<b>5.3</b>	Acompanhamento da Gestão de Caso da Rede Mãe Paranaense – Regional de Saúde	42
<b>5.4</b>	Acompanhamento da Gestão de Caso da Rede Mãe Paranaense – Comitês de Governança	43
<b>5.5</b>	Acompanhamento da Gestão de Caso da Rede Mãe Paranaense - Município	44
<b>Anexo A</b>	Termo de adesão	46
<b>Anexo B</b>	Termo de compromisso das equipes de saúde	47
<b>Anexo C</b>	Relatório Município / Regional de Saúde	48
<b>Anexo D</b>	Regional de saúde / Nível Central	50
<b>Anexo E</b>	Gestante (Saúde Indígena)	52
<b>Anexo F</b>	Criança (Saúde Indígena)	54
<b>6</b>	Referências Bibliográficas	60

## LISTA DE ACRÔMICOS E SIGLAS

- ACS** Agentes comunitários de saúde
- APS** Atenção Primária à Saúde
- ESF** Equipe de Saúde da Família
- GC** Gestão de caso
- MACC** Modelo de Atenção às Condições Crônicas
- NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PDAPS** Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
- RAS** Rede de Atenção à Saúde
- RMP** Rede Mãe Paranaense
- RN** Recém-nascidos
- SCAPS** Seção de Atenção Primária à Saúde
- UAPS** Unidade de Atenção Primária à Saúde

## MENSAGEM DO SECRETÁRIO

### SAÚDE PARA TODO PARANÁ!

Levar saúde para todos os paranaenses é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida no Paraná.

É com esse olhar que a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu o *Manual para a gestão de caso na Rede Mãe Paranaense*, no qual é detalhada a implantação desse processo, de forma a gerenciar os riscos para as gestantes e crianças menores de um ano estratificadas na Atenção Primária e, com isso, reduzir a mortalidade materno-infantil no território de responsabilidade de cada equipe da APS.

Queremos que cada profissional se aproprie do conteúdo disponibilizado neste Manual e que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Paraná.

Michele Caputo Neto

**Secretário de Estado da Saúde**

## APRESENTAÇÃO

Em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) implantou a Rede Mãe Paranaense, que propôs a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, do puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

A estratificação de risco da gestante e da criança, segundo a *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*, estabelece critérios para garantir o cuidado aos que têm maior probabilidade de adoecer e morrer.

Para a melhoria da qualidade no processo de acompanhamento das gestantes e crianças estratificadas na Atenção Primária, a Superintendência de Atenção Primária à Saúde desta Secretaria implantou a gestão de caso.

O presente tutorial é um instrumento auxiliar aos profissionais de saúde das Regionais de Saúde e dos municípios e será um facilitador para a implantação do monitoramento das gestantes e crianças de risco intermediário e alto risco, contribuindo significativamente, dessa forma, na redução de mortalidade materno-infantil do Paraná.

Juliano Schmidt Gevaerd

**Superintendente de Atenção à Saúde**

## 1. OS OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Este manual tem o propósito de contribuir para a implementação da gestão de caso para as gestantes e crianças até um ano de idade, estratificadas como risco intermediário e alto risco, da Rede Mãe Paranaense (RMP), na Atenção Primária à Saúde (APS). A aplicação dos fundamentos deste tutorial deve possibilitar um acompanhamento longitudinal, integral e com qualidade na gestação, no puerpério e no primeiro ano de vida, com vistas a gerenciar os riscos, agregar valor às pessoas e, por fim, reduzir a mortalidade materno-infantil no território de responsabilidade de cada equipe da APS.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Possibilitar a compreensão:

- Dos fundamentos da gestão de caso;
- Do instrumento para avaliação da gestão de caso para as gestantes e crianças menores de um ano, de risco intermediário e alto risco, na APS;
- Do plano para a implementação da gestão de caso pelas equipes da APS;
- Dos instrumentos para o acompanhamento da gestão de caso para as gestantes e crianças menores de um ano, de risco intermediário e alto risco.

## 2. A GESTÃO DE CASO

### 2.1. OS FUNDAMENTOS SOBRE A GESTÃO DE CASO<sup>1</sup>

#### O CONCEITO

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, uma pessoa portadora de condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde.

O papel principal de um gestor de caso é exercitar a advocacia da pessoa portadora de condição crônica muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e à sua família, defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado, para a autonomia e para a independência; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; e coordenar o cuidado em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, que é sustentada por abundante evidência empírica. O trabalho original foi o clássico experimento da Rand Corporation, que verificou que 1% dos americanos gastava 28% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde. Num trabalho posterior, também realizado nos Estados Unidos, chegou-se aos seguintes dados: 1% da população gastou 30% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde; 2% da população gastou 41%; 5% da população gastou 58%; 20% da população gastou 72%; 30% da população gastou 91%. Por outro lado, 50% da população gastou, apenas, 3%; e 25% da população nada gastou no ano. Pesquisa realizada na Unimed de Minas Gerais mostrou que 10% de seus clientes concentraram 65,7% dos gastos totais dessa operadora de planos de saúde em 2006.

Com base nos trabalhos pioneiros, Roos, Shapiro e Tate formularam a Lei da Concentração da Severidade

<sup>1</sup> Texto elaborado por Eugênio Vilaça Mendes, extraído do livro: MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, da seguinte forma: *"Uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e tem se mostrado consistente ao longo do tempo."*

Essa lei que diz que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população geral. E, mais importante, essas pessoas são as que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas, não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões sanitárias e humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% ou de 1% a 5%.

A gestão de caso, corresponde, no MACC, como se vê na Figura 12, ao nível 5 das intervenções sanitárias, destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas. Corresponde, ademais, ao nível 3 do MPR.

A gestão de caso é conduzida por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Esse é o formato mais comum da proposta denominada *hands-off*, em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente na prestação de serviços. Em algumas circunstâncias, a gestão de caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional, num formato *hands-on*, no qual os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos.

Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação.

O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS, de determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido. Isso faz da ESF um lugar privilegiado para a gestão de caso.

Uma forma singular de gestão de caso é a gestão de casos catastróficos, nos quais se monitoram pessoas portadoras de condições de saúde que representem alto risco sanitário, econômico e social, como HIV/Aids, certos nascimentos prematuros, transplantes, terapia renal substitutiva, lesões medulares etc.



## OS OBJETIVOS DA GESTÃO DE CASO

A gestão de caso persegue vários objetivos:

- Advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias;
- Aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias;
- Estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas;
- Ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na RAS;
- Reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas usuárias dos serviços e as suas famílias;
- Melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde;
- Reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde;
- Minimizar os problemas nos pontos de transição do cuidado;
- Incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias;
- Incrementar a autonomia e a independência das pessoas;
- Estimular o autocuidado;
- Monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas;
- Assistir as pessoas usuárias e as suas famílias para acessar o ponto de atenção à saúde adequado;
- Avaliar as altas de serviços;
- Prevenir as internações sociais.

## O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO

O processo da gestão de caso envolve várias etapas: a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.

### A seleção do caso

A primeira etapa consiste em selecionar as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde que devem ser acompanhadas pela gestão de caso.

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de comorbidades; aquelas que utilizam polifarmácia; aquelas que apresentam problemas de alta dos serviços; aquelas que apresentam baixa adesão às

intervenções prescritas; aquelas que são atingidas por danos catastróficos; aquelas que são desprovidas de condições para o autocuidado; aquelas que são alvo de eventos-sentinelas; aquelas que apresentam graves problemas familiares ou econômico-sociais; e aquelas que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem sós; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Os critérios de elegibilidade devem ser definidos em função das variáveis-diagnóstico, do tipo de tratamento, da quantidade de internações domiciliares, do custo, do local de tratamento e dos padrões de cuidados, ao que se devem adicionar a rede de suporte social e a situação socioeconômica.

As diretrizes clínicas devem fornecer os elementos fundamentais para a seleção das condições de saúde elegíveis para a gestão de caso.

O Boxe 29 ilustra a seleção de pessoas idosas num centro de saúde inglês.

### Boxe 29: A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido

Fonte: Department of Health

Nesse centro de saúde, um enfermeiro, trabalhando em conjunto com um assistente social, considera as pessoas idosas de mais de 65 anos elegíveis para a gestão de caso se elas se enquadrarem em três ou mais dos seguintes critérios: presença de quatro ou mais condições crônicas; presença de seis ou mais medicamentos prescritos por seis meses ou mais; duas ou mais internações hospitalares nos últimos doze meses; dois ou mais atendimentos de urgência nos últimos doze meses; dois ou mais atendimentos em ambulatorios nos últimos doze meses; pessoas idosas que estão entre os 3% mais frequentes usuários dos serviços de saúde; pessoas que tiveram internação de mais de quatro semanas nos últimos doze meses; pessoas que receberam mais de quatro visitas de assistentes sociais nos últimos três meses; e pessoas cujos custos de medicamentos excedem a 100 libras por mês.

A introdução da gestão de caso para pessoas idosas, nesse centro de saúde, permitiu reduzir as internações hospitalares entre 7,5% a 16,6%, e, com a aplicação de 173 mil libras em sua implantação, permitiu economizar 1,15 milhões de libras por ano.

## A identificação do problema

A seleção do caso é seguida da identificação do problema. Para tal, é necessário recolher o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso. Esse momento começa com entrevistas com a pessoa; se ela está incapacitada de comunicar-se, fontes secundárias são utilizadas, especialmente o sistema de suporte social: companheiro ou companheira, outros membros da família, cuidadores, amigos, vizinhos, membros de igrejas e movimentos sociais.

Uma avaliação fundamental é a da capacidade para o autocuidado. É importante consultar a história de saúde, o que incluirá entrevistas com a equipe da ESF e com outros profissionais envolvidos na atenção, o exame dos prontuários clínicos, entrevistas com os responsáveis pela atenção domiciliar e com os cuidadores. É importante a verificação das condições odontológicas, de visão, de audição, da saúde ocupacional, da saúde mental, da capacidade funcional e, muito importante, da capacidade para o autocuidado.

As condições de vida, especialmente aquelas ligadas ao meio ambiente familiar, devem ser levantadas. São importantes as informações domiciliares relativas à presença de escadas, de telefone, de equipamentos de utilidade doméstica, de sanitários, de equipamentos de lazer e de necessidades de equipamentos médicos complementares.

Uma ficha de identificação do problema deverá conter: nome, idade, grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa; toda a história médica da pessoa; a presença de fatores complicadores, de cronicidade e comorbidade; a história pessoal de não adesão aos tratamentos e de atitudes não colaborativas; as medicações tomadas e que estão sendo utilizadas; a história familiar em relação a doenças crônicas; as alergias; a avaliação nutricional; a avaliação dermatológica; o histórico de uso de unidades de saúde pela pessoa; e o uso de práticas médicas complementares e integrativas.

## A elaboração e a implementação do plano de cuidado

Se o momento da identificação do problema permite decidir aonde chegar, a elaboração e a implementação do plano de cuidado definem a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso. Assim, nessa etapa, exige-se muita criatividade, porque há sempre várias maneiras alternativas de se chegar aos objetivos traçados.

Por isso, na elaboração do plano de cuidado, o gestor de caso deverá decidir sobre: o que necessita ser feito; como fazê-lo; quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados;

e onde o cuidado será prestado. É fundamental a participação, na elaboração do plano de cuidado, da pessoa usuária e de sua família. Ou seja, o plano de cuidado é um ato solidário do gestor de caso, da pessoa usuária, de sua família e da equipe da ESF. Em alguns casos, o plano exigirá a presença de outros atores, como o cuidador, a igreja, o membro de movimento social ou outros.

Começa-se com o estabelecimento dos objetivos da gestão de caso. A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores. Assim, o objetivo maior de uma pessoa idosa que recebeu uma prótese de quadris, de andar metros com independência, envolve metas intermediárias como realizar a cirurgia, retirar todos os equipamentos de suporte vital, estabilizar os exames de sangue, utilizar uma cadeira de rodas etc.

Os objetivos terminais de uma gestão de caso são a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, de modo a dar o máximo possível de autonomia e independência às pessoas. Para tal, é necessário priorizar as necessidades e os objetivos, e isso pode gerar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa ou de sua família.

Priorizadas as necessidades e os objetivos, há que se detalhem as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento profundo da RAS, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É, aqui, no momento da implementação, que o gestor de caso exercita sua função de coordenação da atenção à saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada. A consulta permanente às linhas guia e aos protocolos clínicos é fundamental para o trabalho consequente do gestor de caso. É essencial conhecer todos os recursos da comunidade que possam ajudar a implementar o plano de cuidado.

A implementação é o momento de colocar o plano de cuidado em execução. Por exemplo, no dia de uma alta hospitalar, o gestor de caso deve: monitorar a estabilidade da pessoa; dar instruções para a alta hospitalar; dar as instruções relativas a todos os cuidados domiciliares; obter a concordância da pessoa ou de seus familiares com a alta; preparar a lista de telefones de profissionais de referência; providenciar o transporte até a residência; e verificar as condições domiciliares de recepção e acomodação da pessoa.

## O monitoramento do plano de cuidado

O plano de cuidado deve ser monitorado constantemente para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções prescritas. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou correio eletrônico.

O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família foram satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; estar presente, frequentemente, com a pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito para a pessoa; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte.

## AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DE CASO

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais, com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos.

Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na APS.

## A GESTÃO DE CASO NO BRASIL

No Brasil, a introdução da gestão de caso tem sido feita, principalmente, por operadoras de planos privados de saúde. Como, em geral, o sistema de saúde suplementar opera sem APS, a gestão de caso não é realizada nesse nível de atenção à saúde. Além disso, o foco da gestão de caso das operadoras privadas é na redução de custos, e não na qualidade da atenção à saúde, racionalizando a atenção prestada àquela minoria que pressiona fortemente os gastos dessas operadoras.

Apesar de todas as evidências coletadas internacionalmente sobre os benefícios da gestão de caso na APS, essa tecnologia de gestão da clínica não é utilizada, significativamente, na ESF.

Essa é uma das maiores questões que se coloca para a adequação da ESF para responder ao desafio das condições crônicas. As pessoas que mais sofrem e que implicam maiores gastos, sem a gestão de caso, não terão uma abordagem humanizada e eficiente. A grande limitação de profissionais de nível superior nas equipes de ESF é um fator limitante e que deve ser superada pela introdução de novos profissionais.

Especialmente, o assistente social na equipe da ESF tem um papel relevante como gestor de caso daquelas pessoas elegíveis para a tecnologia e que, além de apresentarem grave situação de saúde, convivem com problemas sociais expressivos que influem na sua saúde e na capacidade de autocuidado.

O Boxe 30 relata uma experiência de gestão de caso feita por assistente social na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais.

### Boxe 30: A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

Fonte: Lima, Araujo, Souza, Lima, Shimazaki

O município de Uberlândia, em 2007, deu início ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), um projeto da SESMG que tem como objetivo fortalecer a APS para que cumpra as funções de responsabilização e resolução dos problemas de saúde da população e de coordenação das RASs.

Um dos resultados pactuados, no PDAPS, foi a redução da mortalidade infantil no município, que estabeleceu como meta a diminuição do coeficiente de mortalidade infantil de 13,3 por mil nascidos vivos, em 2009, para um dígito até 2012.

Para alcançar essa meta, a SMS organizou a Rede Mãe Uberlândia, que desenvolve ações de promoção, prevenção e assistência às mulheres e às crianças menores de um ano. Para a gestão dessa RAS, adotaram-se tecnologias de gestão da clínica: a linha guia que estabelece a estratificação da população-alvo por grau de risco e a gestão da condição de saúde, que define as intervenções necessárias de acordo com o risco estratificado. Para a operacionalização dessas tecnologias, foram realizadas ações para qualificação das equipes da APS.

A partir da implantação dessas ações, constatou-se a redução da mortalidade infantil para 11,3 para cada mil nascidos vivos, em 2010. A análise das causas da mortalidade, pelo Comitê de Mortalidade Materno e Infantil do município, evidenciou que fatores socioeconômicos, demográficos e culturais contribuíam significativamente para a mortalidade infantil, suscitando a necessidade da maior integração da equipe multiprofissional e da inserção do assistente social na APS.

Em 2011, implementou-se mais uma das tecnologias de gestão da clínica, a gestão de caso, tendo como foco a intensificação das ações para o acompanhamento de gestantes e crianças de muito alto risco pelas equipes da APS, em que os assistentes sociais assumiram a coordenação das ações que constam no plano de cuidados.

O plano de cuidado é elaborado com a gestante de muito alto risco ou com o responsável pela criança de muito alto risco e a equipe da APS. Para isso, são feitas entrevistas individuais e com os familiares, além de visitas domiciliares.

O assistente social participa junto com a equipe multidisciplinar na elaboração do plano de cuidado, na avaliação, na discussão de casos e na análise da situação, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e para o acompanhamento dos casos.

É proposto um conjunto de iniciativas prevendo a compreensão, a aceitação e a adesão da gestante de muito alto risco e do responsável pela criança de muito alto risco ao plano de cuidado. As avaliações, previstas no plano de cuidado, são constantes e permitem, se necessário, a busca de novas alternativas, enriquecendo as ações e melhorando a adesão ao plano.

No período de maio de 2011 a fevereiro de 2012, do total de 4.707 gestantes, 4.000 (85%) foram estratificadas em risco habitual e 707 gestantes de alto risco (15%). No grupo de gestantes alto risco, foram identificados 120 casos de muito alto risco, que foram inseridos na gestão de caso. Nesses casos, 13 mulheres tiveram os bebês em boas condições e estão em acompanhamento pela equipe da APS, e os demais 107 casos permanecem em gestão de caso. Do total de casos acompanhados, três resultaram em óbitos infantis, dos quais um foi considerado inevitável e dois evitáveis, e nenhuma morte materna. Os dados preliminares da mortalidade infantil em 2011 mostraram um coeficiente de 10,54 mortes infantis em cada mil nascidos vivos.

Ainda não se dispõe de condições para analisar o impacto da gestão de caso na redução da mortalidade materna e infantil, mas há a constatação da motivação e do maior comprometimento das equipes da APS e da receptividade das mulheres e familiares aos planos de cuidados.

A motivação das equipes em relação a essa tecnologia pode ser constatada pela mobilização para a sua utilização em outras condições crônicas, tais como o acompanhamento dos idosos frágeis, dos adolescentes em situação de grande vulnerabilidade e dos portadores de transtorno mental muito grave.

A gestão de caso tem contribuído para o melhor manejo das pessoas em condições crônicas complexas, possibilitando uma atenção personalizada, segura e de qualidade.

## 2.2 A PRIMEIRA FASE DA GESTÃO DE CASO NO PARANÁ

Diante dos resultados da mortalidade infantil, observados no monitoramento da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), foi incorporado à Rede Mãe Paranaense o modelo de gestão de caso (GC) dos planos assistenciais de pré-natal, parto, puerpério e puericultura até o recém-nascido completar um ano de vida.

Segundo a *Linha Guia Rede Mãe Paranaense* (2014), as variáveis maternas de maior risco para a mortalidade infantil se configuraram na escolaridade materna menor que quatro anos e antecedente de natimorto. Sobre a população de gestantes expostas a essas variáveis, foi aplicada a tecnologia da microgestão dos sistemas de atenção à saúde, por parte do gestor estadual, do gestor municipal e dos prestadores de serviço de saúde vinculados às gestantes. Com essa tecnologia, as gestantes incluídas foram monitoradas quanto aos planos de cuidados do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério até um ano do nascimento.

A gestão de caso de gestantes de maior vulnerabilidade para mortalidade infantil foi implantada durante os anos de 2014 e 2015 nas quatro macrorregiões de saúde do Estado, mais especificamente nas Regionais de Saúde (RS) caracterizadas por TMI mais elevada que a do estado, cujos gestores locais dos municípios de abrangência aceitaram realizar o monitoramento das gestantes de vulnerabilidade para mortalidade infantil. A população incluída foram 972 crianças que morreram antes de completar um ano de vida, entre os anos de 2014 e 2015, que tinham sua origem residencial nas regiões de saúde de Paranaguá (1ª RS); Guarapuava (5ª RS); Pato Branco (7ª RS); Francisco Beltrão (8ª RS); Foz do Iguaçu (9ª RS); Umuarama (12ª RS); Paranavaí (14ª RS) e Ivaiporã (22ª RS), que participaram da implantação da gestão de caso de gestantes de maior risco para mortalidade infantil, com característica materna de escolaridade inferior a quatro anos de estudos e antecedente de filho natimorto.

Os resultados foram analisados por meio de um estudo ecológico de coorte de base populacional com dados secundários obtidos nas bases estaduais do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de 2010 a 2015 (o ano de 2015 ainda tinha uma base de dados considerada preliminar à época da coleta de dados). A TMI foi calculada com o número de mortes ao longo do tempo de risco em pessoas-ano para reproduzir as taxas de medida-padrão para mortalidade infantil por mil nascimentos de nativos.

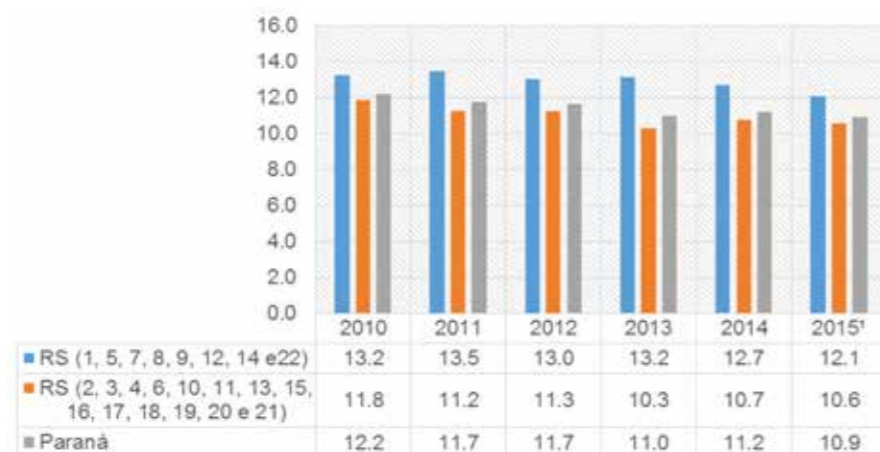
Foi realizado um estudo de análise de desigualdade socioeconômica sobre a TMI da população total do Paraná e das RS incluídas na gestão de caso, com a análise do índice de Gini e gráfico de Lorenz



( $p < 0,05$ ) segundo o último senso do IBGE de 2010. No período pré-implantação e pós-implantação, foram calculadas *Odds Ratio* (OD) para comparar o risco relativo de mortalidade infantil entre as RS que tiveram implantada a gestão de caso com as RS que não tiveram essa gestão estabelecida. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes. Taxas de Mortalidade Infantil foram apresentadas com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Para análise de impacto da Gestão de Caso em gestantes, foi realizada a comparação proporcional direta sobre a mortalidade infantil no Estado do Paraná e nessas RS incluídas para a gestão de caso de gestantes.

Na análise de impacto, observa-se que a gestão de caso nas Regionais de Saúde que tiveram a estratégia implantada teve impacto direto positivo quanto à proporção de diminuição da TMI (figura 1) e quanto às variáveis de risco baixa escolaridade e antecedente de natimorto para mortalidade infantil. Além disso, apresentou impacto indireto positivo, com a diminuição de prematuridade – enquanto que no Paraná houve aumento dessa condição (figura 2) – e o dobro de aumento de partos via vaginal em relação ao estado. Esses resultados sugerem uma redução da desigualdade em saúde quando comparado com o contexto estadual, sugerindo que estudos mais aprofundados são necessários para compreensão da mudança desse cenário.

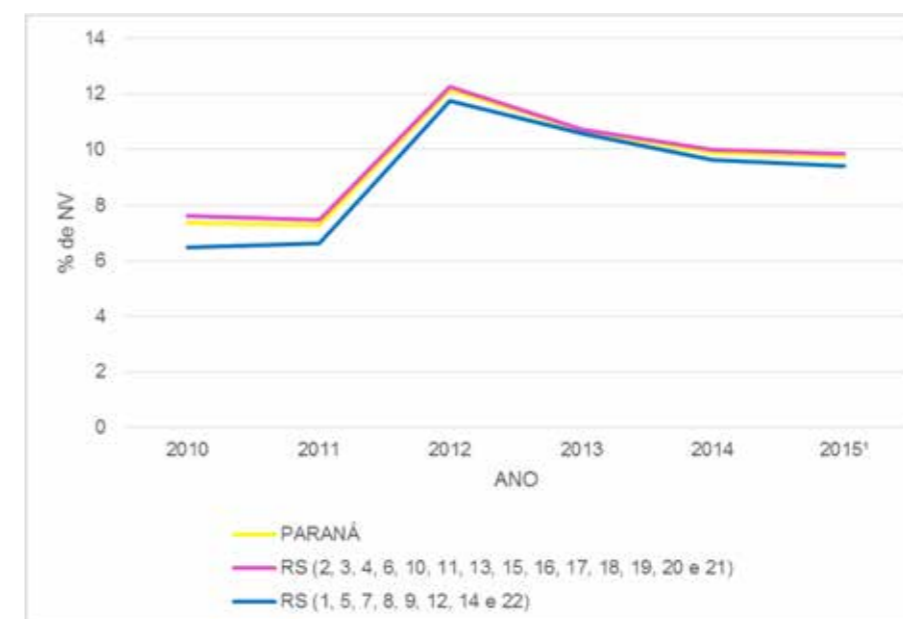
**Figura 1. Taxa de mortalidade infantil, Regionais de Saúde com Gestão de Caso e total no Paraná, 2010 a 2015<sup>1</sup>**



Fonte: A autora, 2016

Nota<sup>1</sup>: Dados preliminares

**Figura 2. Proporção de nascimentos com menos de 37 semanas de gestação, 2010-2015<sup>1</sup>, Paraná**



Fonte: A autora, 2016

### 3. A AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

#### 3.1 O INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

Devem realizar esta avaliação da gestão de caso na Rede Mãe Paranaense os municípios que não aderiram ao processo de Tutoria na Atenção Primária à Saúde (APS).

Para avaliar a gestão de caso realizada pelas equipes da APS, com o propósito de aprimorar o trabalho, instituiu-se o “Instrumento para Avaliação da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense”. A aplicação do Instrumento possibilita: verificar o estágio de desenvolvimento alcançado pelas equipes; identificar as não conformidades; desenvolver planos para correção das não conformidades ou para melhoria contínua.

Para a elaboração do Instrumento utilizou-se como referências: a *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense* (2015<sup>2</sup>); o Instrumento de Avaliação da Qualidade na Atenção Primária – Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (2015<sup>3</sup>).

O Instrumento está estruturado em três dimensões:

- **Gestão:** avalia a liderança, a infraestrutura, os recursos humanos, os recursos materiais e tecnológicos, entre outros, para a realização da gestão de caso;
- **Processo:** avalia as ações da equipe no acompanhamento do pré-natal, puerpério, da puericultura das mães e crianças menores de um ano de risco intermediário e alto risco;
- **Resultado:** avalia a efetividade da gestão de caso;

#### A FORMA DE VERIFICAÇÃO

Os **Itens de Avaliação** apresentam o que se espera em cada dimensão. São frases afirmativas que expressam as expectativas a serem alcançadas.

A **Forma de Verificação** é um orientador para se comprovar se o item de avaliação foi cumprido.

Quanto a resposta, será **sim** ou **não**. Os itens de avaliação respondidos como “sim”, não serão alvo de intervenções. Forçar uma resposta “sim” quando a situação é de “quase sim”, poderá comprometer

o desempenho em relação a este item de avaliação em uma nova avaliação. Os avaliadores poderão reforçar nos participantes a compreensão do “não” como “ainda não” e incentivá-los a ver nestes casos uma grande chance de, com pouco esforço, modificar o panorama em uma próxima avaliação.

#### INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

##### IDENTIFICAÇÃO

- Regional de Saúde: \_\_\_\_\_
- Município: \_\_\_\_\_
- Nome Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS): \_\_\_\_\_
- Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_
- Nome do gerente da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_
- Nome do avaliador: \_\_\_\_\_
- Data da avaliação: \_\_\_\_\_

##### GESTÃO

Item Avaliação	Forma de Verificação	Av1	Av2	Observação
1. A adesão do município à gestão de caso	Verificar: a) o termo de adesão firmado pelo gestor municipal de saúde à gestão de caso			
2. O compromisso firmado pela equipe de saúde à gestão de caso	Verificar: a) o termo de compromisso firmado pela equipe à gestão de caso			
3. A equipe está qualificada para a realização gestão de caso	Verificar: a) a capacitação da equipe para a gestão de caso; b) a compreende da equipe quanto aos objetivos da gestão de caso; c) a compreensão da equipe quanto às funções da equipe na gestão de caso.			

<sup>2</sup> PARANÁ, SESA. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. Curitiba; 2015.

<sup>3</sup> PARANÁ, SESA. APSUS: *Tutoria na Atenção Primária à Saúde*. Curitiba: 2015.

4. Há um gestor para cada gestante e criança menor de um ano em gestão de caso	<p>Verificar:</p> <p>a) os critérios utilizados para a designação do gestor de caso;</p> <p>b) a designação formal do gestor para cada gestante e criança menor de um ano em gestão de caso;</p> <p>c) a descrição das funções do gestor de caso;</p> <p>d) o(s) gestor(es) de caso conhece(m) as funções.</p>			
5. A equipe apoia a gestão de caso	<p>Verificar se a equipe tem:</p> <p>a) conhecimento das gestantes e crianças menores de um ano em gestão de caso;</p> <p>b) reuniões periódicas e sistemáticas para a discussão dos casos.</p>			
6. A equipe desenvolve parcerias com outras instituições para a implementação da gestão de caso	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) realiza ações intersetoriais – Ação Social, Conselho Tutelar, Conselho da Condição Feminina, Ministério Público, Secretaria da Educação, DSEI Litoral Sul (Saúde Indígena), entre outros – para a divulgação da gestão de caso.</p> <p>b) envolve esses setores no desenvolvimento dos planos de cuidados para as gestantes e crianças menores de um ano em gestão de caso, se houver problemas afins.</p>			
7. A gestão municipal de saúde viabiliza os recursos necessários para a realização da gestão de caso	<p>Verificar se a equipe dispõe:</p> <p>a) de recursos humanos para a realização da gestão de caso;</p> <p>b) de recursos materiais para a realização da gestão de caso.</p>			

8. A equipe realiza pesquisa de satisfação das mães em gestão de caso	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) realiza, de forma sistemática e periódica, pesquisa de satisfação das mães que participam da gestão de caso;</p> <p>b) utiliza os dados da pesquisa para implementar ações para melhoria.</p>			
---	---	--	--	--

PROCESSO				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Av1	Av2	Observação
1. A equipe identifica as gestantes residentes no território sob sua responsabilidade	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) a captação das gestantes que utilizam o SUS, preferencialmente no primeiro trimestre e inscreve no pré-natal;</p> <p>b) o cadastramento de todas essas gestantes nos sistemas de informações (Cartão SUS, e-SUS, etc);</p> <p>c) a orientação de cada gestante quanto à importância do pré-natal e à agenda de atendimentos que serão disponibilizados para ela em conformidade com a <i>Linha Guia da Rede Mãe Paranaense</i>.</p>			
2. A equipe realiza a primeira consulta para todas as gestantes que utilizam o SUS, residentes no território sob sua responsabilidade	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) realiza a primeira consulta para as gestantes conforme a <i>Linha Guia da Rede Mãe Paranaense</i>;</p> <p>b) solicita os exames de apoio diagnóstico conforme a <i>Linha Guia</i>;</p> <p>c) avalia os resultados dos exames e realiza as condutas necessárias em tempo oportuno.</p>			
3. A equipe estratifica o risco da gestante em todas as consultas	<p>Verificar se a equipe realiza a estratificação de risco conforme a <i>Linha Guia da Rede Mãe Paranaense</i> em todas as consultas de pré-natal para todas as gestantes.</p>			

<p>4. A equipe desenvolve o plano de cuidados para as gestantes de acordo com o grau de risco</p>	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) elabora o plano de cuidados para cada gestante de acordo com o seu grau de risco;</p> <p>b) monitora o plano de cuidados de cada gestante.</p>			
<p>5. A equipe vincula todas as gestantes ao hospital de acordo com o seu grau de risco</p>	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) realiza a vinculação de cada gestante ao hospital de acordo com o seu risco;</p> <p>b) orienta a gestante com relação à vinculação ao hospital: nome e endereço do hospital, quando procurar, quais documentos deve levar, quem procurar no hospital;</p> <p>c) a equipe confere se houve o entendimento da gestante quanto à vinculação ao hospital e esclarece as suas dúvidas;</p> <p>d) informa ao hospital sobre as gestantes a ele vinculadas, de forma regular e sistemática.</p>			
<p>6. A equipe programa as consultas e os atendimentos para cada gestante, de acordo com o grau de risco, conforme a Linha Guia</p>	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) realiza a programação das consultas e dos atendimentos para cada gestante, de acordo com o grau de risco, conforme a Linha Guia;</p> <p>b) pactua a agenda com cada gestante, para facilitar o seu comparecimento;</p> <p>c) confirma com antecedência com cada gestante sobre a possibilidade de comparecimento a cada consulta.</p>			

<p>7. A equipe realiza as consultas subsequentes para as gestantes conforme a programação estabelecida, em consonância com a Linha Guia</p>	<p>Verificar se a equipe:</p> <p>a) realiza todas as consultas conforme a programação, em consonância com a Linha Guia;</p> <p>b) solicita os exames de apoio diagnóstico conforme o período gestacional, em consonância com a Linha Guia;</p> <p>b) realiza todos os procedimentos para cada gestante em consonância com a Linha Guia.</p>			
<p>8. A equipe identifica as gestantes com risco intermediário e alto risco para a inclusão na gestão de caso</p>	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) a identificação de cada gestante de risco intermediário ou de alto risco na gestão de caso;</p> <p>b) o cadastro de cada gestante, certificando-se de que os dados são verdadeiros;</p> <p>c) a inscrição na gestão de caso, preenchendo os dados que constam nos instrumentos estabelecidos.</p>			
<p>9. A equipe agenda as consultas no pré-natal de risco para todas as gestantes de risco intermediário e de alto risco, no Centro Mãe Paranaense</p>	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) o agendamento das consultas no pré-natal de risco para todas as gestantes de risco intermediário e de alto risco no Centro Mãe Paranaense;</p> <p>b) o monitoramento quanto ao comparecimento dessas gestantes ao pré-natal de risco;</p> <p>c) a busca ativa das faltosas ao pré-natal de risco;</p> <p>d) a verificação quanto ao plano de cuidados proposto pela equipe do Centro Mãe Paranaense.</p>			



<p>10. A equipe desenvolve o plano de cuidados para cada gestante em gestão de caso</p>	<p>Verificar se:</p> <p>a) a equipe desenvolve o plano de cuidados para cada gestante em gestão de caso, com o propósito de minimizar os riscos;</p> <p>b) o plano de cuidados consta de: metas para o autocuidado, cuidados clínicos e não clínicos, com foco nos riscos socioculturais, e prescrição de medicamentos se necessário;</p> <p>c) a gestante participa da elaboração e da pactuação das metas para o autocuidado.</p>			
<p>11. O gestor de caso monitora a adesão ao plano de cuidados por parte das gestantes em gestão de caso</p>	<p>Verificar se o gestor de caso:</p> <p>a) conhece cada gestante em gestão de caso;</p> <p>b) conhece o plano de cuidados de cada gestante;</p> <p>c) checa a compreensão de cada gestante, sobre o plano de cuidados;</p> <p>d) monitora a adesão de cada gestante ao seu plano de cuidados;</p> <p>e) propõe medidas para melhorar a adesão de cada gestante ao plano de cuidados, caso identifique a necessidade;</p> <p>f) identifica em conjunto com cada gestante a necessidade de inclusão de membros da família ou pessoa que possa apoiá-la na execução do plano de cuidados.</p>			
<p>12. A equipe realiza a consulta puerperal para as mães em gestão de caso</p>	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) consulta puerperal para cada mãe em gestão de caso, conforme a Linha Guia;</p> <p>b) ações para o planejamento familiar.</p>			

<p>13. A equipe realiza visita para a criança, logo após alta hospitalar</p>	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) visita domiciliar para a criança, logo após alta hospitalar;</p> <p>b) avaliação quanto às condições da família e ao cuidado com a criança;</p> <p>c) orientação quanto aos cuidados com o bebê e incentivo ao aleitamento materno;</p> <p>d) agendamento da primeira consulta para a mãe e para a criança.</p>			
<p>14. A equipe realiza o cadastramento das crianças residentes no território sob sua responsabilidade na gestão de caso</p>	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) cadastro de todas as crianças, filhos de gestantes que participaram da gestão de caso, nos sistemas de informações (Cartão SUS, e-SUS etc.);</p> <p>b) Inscrição de cada criança na gestão de caso, preenchendo os dados que constam nos instrumentos estabelecidos;</p> <p>c) Orientação para cada mãe quanto à importância da puericultura e à agenda de atendimentos que serão disponibilizados para a criança em conformidade com a <i>Linha Guia da Rede Mãe Paranaense</i>.</p>			
<p>15. A equipe realiza a primeira consulta para todas crianças em gestão de caso</p>	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) a primeira consulta para as crianças em gestão de caso conforme a <i>Linha Guia da Rede Mãe Paranaense</i>;</p> <p>b) a avaliação quanto aos resultados dos testes do pezinho, olhinho, orelhinha e coraçãozinho.</p>			
<p>16. A equipe estratifica o risco das crianças em todas as consultas</p>	<p>Verificar se a equipe realiza a estratificação de risco conforme a <i>Linha Guia da Rede Mãe Paranaense</i> em todas as consultas para todas as crianças.</p>			

17. A equipe desenvolve o plano de cuidados para as crianças de acordo com o grau de risco	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) o plano de cuidados para cada criança de acordo com o seu grau de risco. O plano de cuidados consta de: metas para o autocuidado, cuidados clínicos e não clínicos, com foco nos riscos socioculturais, e prescrição de medicamentos se necessário;</p> <p>b) a pactuação da mãe e da família com o plano de cuidados de cada criança</p>			
18. A equipe programa as consultas e os atendimentos para cada criança em gestão de caso, de acordo com o grau de risco, conforme a Linha Guia	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) a programação das consultas e dos atendimentos para cada criança, de acordo com o grau de risco, conforme a Linha Guia;</p> <p>b) a agenda com cada criança, segundo a conveniência para a mãe para facilitar o seu comparecimento;</p> <p>c) a confirmação com antecedência com cada mãe sobre a possibilidade de comparecimento a cada consulta.</p>			
19. A equipe realiza as consultas subsequentes para as crianças conforme a programação estabelecida, em consonância com a Linha Guia	<p>Verificar se a equipe realiza as consultas conforme a programação, em consonância com a Linha Guia.</p>			
20. A equipe realiza as vacinas para as crianças conforme o calendário vacinal estabelecido pelo Ministério da Saúde	<p>Verificar se a equipe realiza:</p> <p>a) vacinação conforme o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde;</p> <p>b) busca ativa dos faltosos à vacinação;</p> <p>c) preenchimento de todos os registros adequados nos sistemas de informações oficiais.</p>			

21. O gestor de caso monitora a adesão ao plano de cuidados para as crianças em gestão de caso por parte das mães e das famílias	<p>Verificar se o gestor de caso:</p> <p>a) conhece cada criança em gestão de caso;</p> <p>b) conhece o plano de cuidados de cada criança;</p> <p>c) checa a compreensão de cada mãe e família, sobre o plano de cuidados;</p> <p>d) monitora a adesão de cada mãe e família ao plano de cuidados;</p> <p>e) propõe medidas para melhorar a adesão de cada mãe e família ao plano de cuidados, caso identifique a necessidade;</p> <p>f) identifica em conjunto com cada mãe a necessidade de inclusão de membros da família ou pessoa que possa apoiá-la na execução do plano de cuidados.</p>			
22. O gestor de caso realiza os registros necessários	<p>Verificar se o gestor de caso:</p> <p>a) conhece os instrumentos propostos para a gestão de caso;</p> <p>b) preenche os instrumentos padronizados, conforme e a periodicidade estabelecida.</p>			

RESULTADO				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Av1	Av2	Observação
1. A equipe monitora a gestão de caso	<p>Verificar se o gestor de caso realiza a identificação quanto ao:</p> <p>a) número absoluto e percentual de gestantes em gestão de caso sob sua responsabilidade;</p> <p>b) número absoluto e percentual de crianças em gestão de caso sob sua responsabilidade;</p> <p>c) % de gestantes que abandonaram a gestão de caso;</p> <p>d) % de gestantes em gestão de caso que aderem ao plano de cuidados;</p> <p>e) % de crianças que abandonaram a gestão de caso;</p> <p>f) % de crianças em gestão de caso cujas mães/família aderiram ao plano de cuidados.</p>			
2. A equipe avalia a ocorrência de urgências obstétricas nas gestantes em gestão de caso	<p>Verificar se a equipe tem conhecimento do:</p> <p>a) número absoluto e % de gestantes em gestão de caso que apresentaram urgência obstétrica que não demandaram internação;</p> <p>b) número absoluto e % de gestantes em gestão de caso que apresentaram urgência obstétrica que demandaram internação.</p>			

3. A equipe avalia o impacto da gestão de caso no parto e no puerpério	<p>Verificar se a equipe tem conhecimento do:</p> <p>a) número absoluto e % de partos normais nas mães em gestão de caso;</p> <p>b) número absoluto e % de gestantes que tiveram complicações durante o parto e necessitaram de UTI;</p> <p>c) número absoluto e % de mães em gestão de caso que tiveram reinternação no pós-parto, após alta hospitalar.</p>			
4. A equipe avalia o impacto da gestão de caso para os recém-nascidos (RN)	<p>Verificar se a equipe tem conhecimento do:</p> <p>a) número absoluto e % de RN prematuros;</p> <p>b) número absoluto e % de RN que tiveram e necessitaram de UTIN;</p> <p>c) número absoluto e % de RN em gestão de caso que tiveram reinternação após alta hospitalar.</p>			
5. A equipe avalia a ocorrência de urgências nas crianças em gestão de caso	<p>Verificar se a equipe tem conhecimento:</p> <p>a) do número absoluto e % de crianças em gestão de caso que apresentaram urgência que não demandaram internação;</p> <p>b) do número absoluto e % de crianças em gestão de caso que apresentaram urgência e demandaram internação.</p>			
6. A equipe avalia os resultados da gestão de caso	<p>Verificar se a equipe tem conhecimento:</p> <p>a) do número absoluto e % de mortes maternas nas mães em gestão de caso;</p> <p>b) do número absoluto e % de mortes infantis nas crianças em gestão de caso.</p>			
7. Satisfação das mães que participam da gestão de caso	<p>Verificar a % de satisfação das mães em gestão de caso.</p>			

## 4. O PLANO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

### 4.1 O PLANO PARA CORREÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

Após a aplicação do instrumento para avaliação da gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense, a equipe deve analisar o percentual de itens que apresentaram conformidade. Na sequência, deve analisar minuciosamente os itens não conformes e questionar os motivos, o grau de dificuldade para correção, os recursos necessários e a qualificação da equipe, entre outros.

Após análise, a equipe deve elaborar um plano para correção das não conformidades. Mas não basta planejar; é preciso executar, monitorar e avaliar se, de fato, as não conformidades foram sanadas.

Para esta etapa, a recomendação é a utilização de duas ferramentas da qualidade – o PCDA e a Matriz 5W2H –, por serem as mais utilizadas pela fácil aplicabilidade.

#### 4.1.1 O PDCA

O PDCA (em inglês *Plan, Do, Check e Action*) é uma ferramenta para facilitar o planejamento pela equipe, bem como para o controle e avaliação do plano de ação para correção das não conformidades.

É composto das seguintes etapas:

##### **Planejar (PLAN):**

- Realizar o diagnóstico;
- Identificar as não conformidades;
- Elaborar o plano para a correção das não conformidades;

##### **Executar (DO):**

- Gerenciar a execução do plano;
- Informar e mobilizar os profissionais para a sua execução;
- Capacitar os profissionais;

- Estabelecer normas e rotinas;
- Disponibilizar os recursos necessários para a execução do plano;
- Executar as ações exatamente como foi previsto no plano;

##### **Verificar, checar (CHECK):**

- Verificar se a execução está conforme o plano;
- Identificar se houve desvios na execução do plano;

##### **Agir corretivamente (ACTION):**

- Caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as suas causas;
- Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios são passíveis de ocorrer no futuro, além de medidas para a melhoria contínua.

#### 4.1.2 A MATRIZ 5W2H

Para a aplicação do PDCA, em sua etapa de planejamento (P), utiliza-se a Matriz 5W2H para planejar o conjunto de ações para a correção das não conformidades. São 7 palavras em inglês, sendo 5 delas iniciadas com “W” e 2 iniciadas com “H”:

- *Why* (Por que): corresponde à justificativa da não conformidade;
- *What* (O que): corresponde à ação, ou seja, o que se quer fazer;
- *Who* (Quem): é a pessoa responsável por executar a ação;
- *How* (Como): é o método para desenvolver a ação;
- *When* (Quando): é o prazo limite para executar a ação;
- *Where* (Onde): é o local onde se executa a ação;
- *How much* (Quanto): corresponde à meta, portanto, a ação deve ser quantificada.

Segue a Matriz 5W2H:

**Matriz: 5W2H**

**Plano de Ação para Correção das Não Conformidades da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Regional de Saúde: \_\_\_\_\_

Unidade de APS: \_\_\_\_\_

Gerente: \_\_\_\_\_

Participantes: \_\_\_\_\_

Gestor (es) de Caso: \_\_\_\_\_

Por que	O que	Quem	Como	Onde	Quando	Quanto

Para checar a execução do plano de ação, ou seja, para a etapa C do PDCA, propomos a matriz de checagem, a seguir, que apresenta o *status* da realização da meta.

**Matriz: Checagem do Plano de Ação para Correção das Não conformidades da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense**

Data da elaboração do Plano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data da Checagem do Plano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de APS: \_\_\_\_\_

Gerente: \_\_\_\_\_

Participantes: \_\_\_\_\_

Gestor (es) de Caso: \_\_\_\_\_

O que	Quem	Como	Onde	Quando	Quanto	Status*

\* Status:

- Azul: Realizado plenamente – realização de 100% da meta
- Verde: Realizado – realização de 90 a 99% da meta
- Amarelo: Realizado parcialmente – realização de 70% a 89% da meta
- Laranja: Realizado de forma insuficiente – realização de 50 % a 69%
- Vermelho: Não realizado – inferior a 50% da meta

Caso o plano de ação não tenha sido executado a contento, é preciso implementar a etapa A do PDCA. Para tanto, propomos a matriz para ação corretiva.

**Matriz: Ação Corretiva do Plano de Ação para a Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense**

Data da elaboração do Plano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data da Checagem do Plano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data da elaboração da Ação Corretiva do Plano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de APS: \_\_\_\_\_

Gerente: \_\_\_\_\_

Participantes: \_\_\_\_\_

Gestor (es) de Caso: \_\_\_\_\_

O que	Quanto	Status* do Plano de Ação	Ação corretiva	Como agir corretiva/	Quem agirá corretiva/	Quando agirá corretiva/

\* Status:

- Azul: Realizado plenamente – realização de 100% da meta
- Verde: Realizado – realização de 90 a 99% da meta
- Laranja: Realizado parcialmente – realização de 70% a 89% da meta
- Amarelo: Realizado de forma insuficiente – realização de 50 % a 69%
- Vermelho: Não realizado – inferior a 50% da meta

## 5. OS INSTRUMENTOS PARA A GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

### 5.1 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CASO NA REDE MÃE PARANAENSE

O processo de implantação da gestão de caso na APS inicia-se com a anuência do município e da(s) UAPS especificada(s) por meio das assinaturas do Termo de Adesão pelo prefeito municipal e do Termo de Compromisso pelo(s) coordenador(es) e gestor(es) da(s) UAPS, respectivamente. (Anexos A e B)

O Gestor de Caso da UAP deverá garantir a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, administrar e organizar as necessidades das gestantes e crianças até um ano de idade, estratificadas como risco intermediário e alto risco nas referências, contra-referências e planejamento nos sistemas de cuidados da Atenção Básica. Assim, deverá trabalhar em conjunto com a Assistência Social e a equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município.

### 5.2 ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO DE CASO DA REDE MÃE PARANAENSE – MUNICÍPIO

O acompanhamento da Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense será realizado por meio da “Ficha de Monitoramento das Gestantes, Puérperas e de Crianças” até um ano de idade, estratificadas como risco intermediário e alto risco. (Anexo C)

As Fichas de Monitoramento deverão ser preenchidas pelos Gestores de Caso de cada Unidade da APS e encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que mensalmente as enviará para a Seção de Atenção Primária à Saúde (SCAPS) da Regional de Saúde (RS), por meio eletrônico. A SCAPS em conjunto com a Vigilância Epidemiológica (VE) da RS, analisarão os dados.

### 5.3 ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO DE CASO DA REDE MÃE PARANAENSE – REGIONAL DE SAÚDE

As SCAPS e VE das RS deverão consolidar os dados recebidos por meio do “Relatório de monitoramento das gestantes, puérperas e crianças” na gestão de caso e apoiar os municípios na realização do acompanhamento de gestantes, puérperas e de crianças de até um ano de idade, estratificadas como risco intermediário e de alto risco.

O consolidado deverá ser enviado quadrimestralmente à por meio eletrônico as Divisões de Saúde da Mulher e da Criança – DVSM e DVSCA/SESA. (Anexo D)

### 5.4 ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO DE CASO DA REDE MÃE PARANAENSE – COMITÊS DE GOVERNANÇA

Desde a implantação da Rede Mãe Paranaense, o Paraná tem apresentado uma melhora expressiva em seus indicadores de saúde, especialmente aos relacionados à atenção materno-infantil. Houve uma redução significativa da mortalidade materna que caiu de 65,11/100.000 nascidos vivos em 2010 para 36,24/100.000 nascidos vivos em 2016 (preliminar), além da melhora na cobertura de sete ou mais consultas no pré-natal fechando 2016 com 86%, bem como o percentual de gestantes vinculadas ao hospital de acordo com o risco gestacional, com 82%.

Acredita-se que esses resultados são fruto da orquestração de esforços em prol do alcance dos objetivos estabelecidos desde a implantação da Rede Mãe Paranaense, que são a redução da desigualdade na oferta de serviços de saúde nas diferentes regionais do estado e o combate dos altos índices de mortalidade materna e infantil.

Na Governança da Rede, a coordenação é realizada por meio de interação entre gestores, estando sempre em processo de negociação, sendo coletiva a tomada de decisão. Esse processo das redes de atenção é o arranjo único, de composição pluri-institucional, que opera os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre seus atores, as regras do jogo, bem como os valores e os princípios, de forma a gerar um excedente cooperativo, aumentar a interdependência e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (MENDES, 2011).

A estrutura de governança estabelecida na Rede Mãe Paranaense é entendida como um dos elementos centrais para o seu sucesso, pois congrega em um fórum de discussão e deliberação a participação contínua de todos os atores envolvidos na rede, desde os gestores públicos da esfera estadual e municipal até os gestores dos prestadores de serviços.

Para que possamos acompanhar o desenvolvimento do processo de gestão de caso mensalmente, as equipes das regionais de saúde terão um espaço nas reuniões do Comitê de Governança da Rede Mãe Paranaense, para fazer relato sobre o andamento do processo na sua Regional de Saúde.

Com o início da implantação da gestão de caso descentralizada para as 22 regionais de saúde, essa temática passa a ser pauta permanente nas reuniões do Comitê de Governança da Rede Mãe Paranaense.



## 5.5 ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO DE CASO DA REDE MÃE PARANAENSE - MUNICÍPIO

GESTANTE (Saúde Indígena) - Anexo E

A população indígena do Brasil é de aproximadamente 800 mil habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em todo o território nacional. A atenção à saúde indígena está sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI. A SESAI, por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI é responsável pela gestão do cuidado da população indígena aldeada, em todas as Regiões do País.

O Paraná tem uma população indígena estimada de 25.915 (IBGE, 2010). Destes, aproximadamente 14.561 vivem em 57 aldeias, distribuídas em 28 municípios (MS/SESAI/DSEI Litoral Sul, 2015), e estão sob a gestão do DSEI Litoral Sul. Tendo em vista a estratificação de risco estabelecida nos protocolos da Rede Mãe Paranaense, a gestante indígena deve ser estratificada como risco intermediário, o que demanda seu acompanhamento pré-natal na gestão de caso.

### ANOTAÇÕES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO A

### TERMO DE ADESÃO

O município de \_\_\_\_\_, neste ato representado pelo seu Prefeito/a Municipal \_\_\_\_\_, faz a

ADESÃO a Implementação da Gestão de Caso na Atenção Primária e compromete-se a:

- Adotar medidas para qualificação do processo de trabalho e melhoria do acesso da população as UAPS, garantindo as condições de ambiência adequadas para a realização das ações;
- Ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Secretario Municipal de Saúde**

## ANEXO B

### TERMO DE COMPROMISSO DAS EQUIPES DE SAÚDE

A equipe da Unidade de Atenção Primária à Saúde \_\_\_\_\_, número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) \_\_\_\_\_ neste ato representado pelo coordenador (a) da unidade \_\_\_\_\_, faz a ADESÃO a Implantação da Gestão de Caso e compromete-se a:

- Estratificar todas as gestantes e crianças até um ano de idade da sua área adstrita conforme preconizado na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense;
- Realizar a gestão de caso de todas as gestantes e crianças até um ano de idade estratificadas como risco intermediário e alto risco da sua área adstrita;
- Elaborar e monitorar o plano de cuidado estimulando a adesão aos cuidados prescritos a todas as gestantes e crianças até um ano de idade;
- Reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas;
- Assistir todas as gestantes e crianças até um ano de idade estratificadas como risco intermediário e alto risco para acessar o ponto adequado de atenção à saúde;
- Acompanhar as altas dos serviços de saúde;
- Proteger as necessidades de todas as gestantes e crianças até um ano de idade estratificadas como risco intermediário e alto risco da sua área adstrita;
- Incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias;
- Prevenir as internações sociais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Gestor de Caso \_\_\_\_\_

Coordenador da UAPS \_\_\_\_\_



## ANEXO C – RELATÓRIO MUNICÍPIO / REGIONAL DE SAÚDE

FICHA DE MONITORAMENTO DAS GESTANTES, PUÉRPERAS E CRIANÇAS      MÊS: \_\_\_\_\_

GESTOR DE CASO:		TELEFONE CONTATO:			RS	MUNICÍPIO:		APS:														
Nº	NOME GESTANTE	DATA NASCIMENTO	RAÇA/COR	DOENÇA CLÍNICA PRÉ-EXISTENTE	DUM	DPP	IG	DATA CONSULTA	IDADE	PESO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	PA	ALTURA UTERINA	VACINA	INTERCORRÊNCIA CLÍNICA	EVOLUÇÃO	ENCAMINHAMENTOS	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	RISCO SOCIAL	DATA DO PARTO	HOSPITAL DE REFERENCIA	

IG: Idade gestacional    DUM: Data da última menstruação    DPP: Data Provável do Parto    PA: Pressão Arterial

**PUERPÉRIO**

Nº	NOME PUÉRPERA	DATA DO PARTO	TIPO DE PARTO	DATA VISITA DOMICILIAR ( ATÉ 5º DIA)	DATA CONSULTA PUERPÉRIAL	INTERCORRÊNCIAS (HEMORRAGIA PÓS PARTO, INFECÇÃO PUERPÉRIAL, MASTITE)	AVALIAR ALEITAMENTO	VÍNCULO MÃE/BEBÊ	PLANEJAMENTO FAMILIAR (CONTRACEPÇÃO)

**PUERICULTURA**

Nº	NOME DA CRIANÇA	DATA DE NASCIMENTO	A TERMO	PREMATURO (IG < 37 sem)	DATA VISITA DOMICILIAR ( ATÉ 5º DIA)	DATA CONSULTA PUERICULTURA	IDADE	LEITE MATERNO (EXCLUSIVO, MISTO, DESMAME)	CURVAS DE CRESCIMENTO INADEQUADAS (PI E/PC)	ATRASO DE DESENVOLVIMENTO	HOSPITALIZAÇÃO ATÉ UM ANO DE VIDA (SIM OU NÃO/MOTIVO)	ENCAMINHAMENTOS	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	RISCO SOCIAL	ÓBITO INFANTIL ATÉ UM ANO DE VIDA (SIM OU NÃO/ CAUSA)

IG: Idade gestacional    P: Peso    E: Estatura    PC: Perímetro Cefálico

## ANEXO D – REGIONAL DE SAÚDE / NÍVEL CENTRAL

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DAS GESTANTES, PUÉRPERAS E CRIANÇAS NA GESTÃO DE CASO											
RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DE CASO:			TELEFONE CONTATO:			REGIONAL DE SAÚDE:					
DESFECHE GESTACIONAL											
MUNICÍPIO	TOTAL DE GESTANTES ACOMPANHADAS	TOTAL DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL PRECOCE (ATÉ 12ª SEM)	ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	TOTAL DE GESTANTES COM RISCO SOCIAL	TOTAL DE GESTANTES VINCULADAS AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA	TOTAL PARTO VAGINAL	TOTAL CESÁREA	NASCIDO VIVO	ABORTO	NATIMORTO
DESFECHE PUERPERAL											
MUNICÍPIO	TOTAL DE PUÉRPERAS ACOMPANHADAS	TOTAL DE PUÉRPERAS COM VISITA DOMICILIAR ATÉ O 5º DIA	TOTAL DE PUÉRPERAS COM CONSULTA ATÉ O 42º APÓS O PARTO	TOTAL DE PUÉRPERA COM COMPLICAÇÕES (PARTO PÓS PARTO)	TOTAL DE HEMORRAGIA PÓS PARTO	TOTAL DE INFECÇÃO PUERPERAL	TOTAL DE MASTITE	TOTAL DE PUÉRPERAS C/ MÉTODO CONTRACEPTIVO	TOTAL DE PUÉRPERAS COM RISCO REPRODUTIVO		
DESFECHE INFANTIL											
MUNICÍPIO	TOTAL DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS	TOTAL CRIANÇAS DE TERMO	TOTAL DE CRIANÇAS PREMATURAS	TOTAL DE CRIANÇAS COM VISITA DOMICILIAR ATÉ O 5º DIA	TOTAL DE CRIANÇAS COM CONSULTA NA APS - 1º MÊS DE VIDA	ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	TOTAL DE CRIANÇAS COM LEITE MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O 6º MÊS DE VIDA	TOTAL DE HOSPITALIZAÇÃO	TOTAL DE ÓBITO INFANTIL ATÉ UM ANO DE VIDA	

**ANEXO E – GESTANTE (Saúde Indígena)**

Data de atualização	SAÚDE INDÍGENA															Dados Gerais				Risco Gestacional							
	Nome	DN da gestante	História Clínica e Exames															Idade Gestacional (semanas) atual	DATAS		Peso da 1ª consulta de pré-natal (kg)	Altura (m)	IMC (kg/m <sup>2</sup> ) (valor calculado)	Risco Gestacional Classificação de Risco ( Baixo Risco, Risco Intermediário ou alto Risco. No Alto Risco especificar motivo.)	Nome do local de Referência para atendimento de gestante de alto risco		

Data de atualização	SAÚDE INDÍGENA															Resultados de Exames										Consultas Pré-Natal - Datas											
	Nome	DN da gestante	Antetétânica						Hepatite B			HIV (se escrever pos, neg ou NR - não realizado)	HBSAg ou teste rápido de hepatite B e C (escrever pos, neg ou NR)	USG (colocar a data do exame) - Coloque todas realizadas em	1ª a 9ª consultas com Especialistas (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta)										Data da Consulta com Obitolégio												

Data de atualização	SAÚDE INDÍGENA															Local de Ocorrência			Prematuro		Consulta Puerperal		Visita Domiciliar	Resultado Gestação Atual ( assinalar com x)			SOBRE O ABORTO/NA TIMORTO/ÓBTO INFANTIL				Houve óbito da gestante? Se sim, anotar a data do óbito na coluna correspondente						
	Nome	DN da gestante	Condição Parto ( assinalar com X)					ALDEIA	TRANSPORTE	REFERÊNCIA	Colocar o Peso ao nascer	Puerpério Mediado (0 a 10 dias pós parto)	Puerpério Tardio (10 a 10 dias)	Complicações Pós-Parto?	Foi realizada a visita domiciliar	Nascido Vivo	Nascido Morto	Aborto	Motivo que ocasionou o aborto	Peso do Feto	Data do aborto	Sexo do feto se houver	Durante a Gestação	Durante o Parto	Durante o Puerpério	Data de início da Investigação											

## ANEXO F – CRIANÇA (Saúde Indígena)

Instruções para o preenchimento das planilhas

Esta planilha deverá ser preenchida mensalmente pela EMSI e encaminhada a **Área Técnica de Saúde da Criança** mensalmente, **até o 05º dia útil do mês subsequente**, com cópia para seu respectivo Polo Base (quando se aplicar).

Todas as crianças nascidas e acompanhadas ao longo do ano deverão constar na planilha, na sequência crescente das datas de nascimento. Deve-se utilizar a mesma planilha a partir do 1º nascimento até o último nascimento do ano.

Reforçamos que o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, incluindo os retornos, devem ser realizados de acordo com a idade da criança.

A Equipe de DIASI/DSEI Litoral Sul definiu, como forma de enfrentamento à Mortalidade Infantil, o calendário mínimo de consultas nos primeiros 2 anos de vida para crianças saudáveis. Sendo ele: Consultas médicas mensais até 12 meses. Dos 13 aos 24 meses: consultas mensais, sendo com o médico a cada 03 meses e os demais meses com enfermeiro.

As EMSI que não possuem médico devem articular na referência as consultas mensais, com médico, até os 12 meses.

**Na 1ª aba** preencher a 1ª consulta puerperal (até o 7º dia de vida).

**Na 2ª aba** o acompanhamento será a partir de 7 dias até 1 ano 11 meses e 29 dias.

**Data de Nascimento e Data de Acompanhamento:** Preencher a data de nascimento e acompanhamento com barra, conforme exemplo: 04/12/2005.

**Idade:** A idade será calculada automaticamente através da fórmula.

**Peso atual, estatura (EST.) e perímetro cefálico (PC):** Registrar a cada consulta, o peso, a estatura e o perímetro cefálico.

Na classificação do **estado nutricional, deve-se utilizar o indicador de peso/idade**, classificando como: muito baixo peso, baixo peso, peso adequado ou peso elevado. Utilizando as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde, 2006 (Tabelas de Avaliação Nutricional utilizadas

no SISVAN ou Curvas de Crescimento da Caderneta de Saúde da Criança). Além de preenchimento das informações na Caderneta de Saúde da Criança.

As crianças com **muito baixo peso** deverão ter 4 reavaliações mensais com intervalo de 7 dias entre elas, devendo as crianças serem acompanhadas pelo enfermeiro, nutricionista ou médico com registro em prontuário e caderneta de saúde da criança.

As crianças com **baixo peso** deverão ter 04 reavaliações mensais com intervalos mínimo de 15 dias, também sendo necessário avaliação pelo enfermeiro, nutricionista ou médico com registro em prontuário e caderneta de saúde da criança.

Situação do **Aleitamento Materno:** Aleitamento materno exclusivo (E)<sup>4</sup>, Aleitamento materno predominante (P)<sup>5</sup>, Aleitamento materno complementado (AC)<sup>6</sup> e Aleitamento materno Ausente (A)<sup>7</sup>.

**Coto umbilical:** Avaliar sinal de infecção, edema, cicatrização. O coto umbilical deve cair nas duas primeiras semanas. Orienta-se sobre o cuidado com coto utilizando álcool 70%. Dentro da normalidade (N) e se alterado especificar.

**Condições da pele e mucosas:** Inspeção cuidadosa da pele, em busca de afecções, dermatites de fraldas, palidez, hidratado, desidratado, edema, bolhas palmo-plantar e pústulas (impetigo). Dentro da normalidade (N) e se alterado especificar.

**Eliminações (fezes e urina):** Avaliar a característica das evacuações e diurese (cor e quantidade). Dentro da normalidade (N) e se alterado especificar.

**Vacina BCG e Hepatite B:** Anotar realizado ou não.

**Testes do pezinho, olho, coraçãozinho, orelhinha:** Anotar como realizado (R) ou não realizado (NR).

**Avaliação do Desenvolvimento:** Classificar em normal, alerta ou em atraso no desenvolvimento, utilizando o Manual do AIDPI e evolução esquemática das condutas do desenvolvimento. Lembrar de

4 Aleitamento Materno Exclusivo (E): quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

5 Aleitamento Materno Predominante (P): quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

6 Aleitamento Materno Complementado (AC): quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

7 Aleitamento Materno Ausente (A): quando a criança não recebe leite materno.

registrar na caderneta saúde da criança a curva de crescimento e desenvolvimento.

**Normal:** Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.

**Alerta:** Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária, ou todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.

**Atraso:** Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior ou Perímetro cefálico  $< -2$  ZS ou  $> +2$  ZS ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas.

**Ganho de peso ponderal:** Classificar ganho de peso ponderal diariamente. A avaliação do ganho de peso (gramas/dia) é importante não apenas, para avaliação nutricional, como para estabelecimento de condutas em relação à alimentação. Exemplo: crianças que estão em aleitamento materno exclusivo, além da avaliação de diurese, evacuações, etc. O ganho de peso ponderal pode orientar quanto à necessidade de reforçar as orientações relacionadas à amamentação (boa pega, posição da mãe durante a amamentação, número de mamadas por dia, duração das mamadas, uso de mamadeira e/ou chupeta, fissura, mastite, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, entre outros).

**O ganho de peso ponderal deverá ser avaliado até os seis meses de idade.** Para avaliar utiliza-se como referencial a Tabela da OMS-2006 (presente neste instrutivo<sup>8</sup>) e recomendada SBP. Em

8


Distribuição em escore Z do incrementode peso (g/dia) em meninos e meninas (OMS, 2006)			
Idade em meses	Meninos		
	Escore		
	-1	0	1
0 → 1	24,5	36,5	44
1 → 2	30	40	50,5
2 → 3	19,5	27	35,5
3 → 4	14	20,5	28
4 → 5	10,5	17,5	25
5 → 6	6	7,5	14
Idade em meses	Meninas		
	Escore		
	-1	0	1
0 → 1	22	33,5	41,5
1 → 2	25	33,5	45
2 → 3	17	24	31,5
3 → 4	13	20	26,5
4 → 5	10	20	26,5
5 → 6	7	13,5	20

casos em que o lactente estiver com **ganho de peso/dia  $<$  Escore -1, encaminhar para avaliação médica, aumentar a vigilância e comunicar a Área Técnica de Saúde da Criança.**

#### Cálculo do peso ponderal

$$\frac{\text{Peso Atual} - \text{Peso Anterior}}{\text{Período em dias}}$$



**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE MENOR DE 1º MÊS (Até o 7º dia vida)**

NOME	SEXO (FM)	NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO	DATA AVALIAÇÃO	IDADE (AUTOMÁTICO)	PESO			EST.	PC	CLASSIFICAÇÃO ESTADO NUTRICIONAL	SITUAÇÃO DO ALEIT. OU ALIMENTAÇÃO	COTO UMBILICAL	CONDIÇÕES DA PELE E MUCOSAS	ELIMINAÇÕES (FEZES E URINA)	DATA VACINA		TESTES (Sim ou Não)			INTERCORRÊNCIAS/ OBSERVAÇÃO/CONDUTA	PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ACOMPANHAMENTO	
						AO NASCER	NA ALTA	ATUAL								BCG	HB	FEZINHO	OLHINHO	CORPOCICATINHA			O
					0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)																		
					0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)																		
					0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)																		
					0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)																		




**ACOMPANHAMENTO A PARTIR DE 7 DIAS ATÉ 1 ANO 11 M E 29 DIAS**

NOME	SEXO (FM)	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE ACOMPANHAMENTO	IDADE (AUTOMÁTICO)	PESO ATUAL	EST.	PC	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	SITUAÇÃO DO ALEIT. OU ALIMENTAÇÃO	CONDIÇÕES DA PELE E MUCOSAS	ELIMINAÇÕES (FEZES E URINA)	AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTO			INTERCORRÊNCIAS/ OBSERVAÇÃO/CONDUTA	PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ACOMPANHAMENTO
												BOA	ALERTA	ATRADO		
				0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)												
				0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)												
				0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)												
				0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)												
				0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)												
				0 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)												

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista Associação Médica*, Brasil, 1999; 45(4): 357-63.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. *Crítérios compromisso com a excelência e rumo à excelência*. São Paulo: FNQ, 2008.

GONÇALVES, J. E. L. As empresas são grandes coleções de processos. *Revista de Administração de Empresas*, v. 40. n. 1. jan./mar. 2000.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 :419–421, 2002.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. *Programa de desenvolvimento de recursos humanos em gestão da qualidade em saúde*. Módulo III: Gestão do Risco. São Paulo, [20--].

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *A estratégia em ação: balanced scorecard*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campos, 1997.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 2002, 36(6): 759-772.

MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. *Gestão da Qualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica nº 23 Saúde da Criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual ADPI criança 2 meses a 5 anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. *Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços*. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *APSUS: guias de estudo das oficinas para qualificação profissional em Atenção Primária à Saúde*. Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde, 2014.

SHIGUNOV NETO, Alexandre; CAMPOS, Leticia. *Manual de gestão da qualidade aplicado aos cursos de graduação*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação*. Departamento de Nutrologia. Rio de Janeiro, 2009.

TACHIZAWA, T.; SCAICO, O. *Organização flexível: qualidade na gestão por processos*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TANAKA, O. Y. *Avaliação do programa de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

VIEIRA FILHO, Geraldo. *Gestão da qualidade total: uma abordagem prática*. Campinas: Alínea, 2003.

