

**OFICINA SOBRE GESTÃO DE CASO  
SANTO ANTÔNIO DO MONTE, 17 DE AGOSTO DE 2014**

# **A GESTÃO DE CASO**

**EUGÊNIO VILAÇA MENDES**

# O HISTÓRICO DA GESTÃO DE CASO

- SURTIU NA METADE DO SÉCULO PASSADO NOS ESTADOS UNIDOS EM ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE RISCO POR ENTIDADES FILANTRÓPICAS
- EVOLUIU NA SEGUNDA METADE PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DE PORTADORES DE DOENÇAS MENTAIS GRAVES
- CONSOLIDOU-SE NA ÚLTIMA DÉCADA DO SÉCULO PASSADO PARA O ATENDIMENTO DE PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DE ALTÍSSIMO RISCO
- CONTEMPORANEAMENTE INCORPOROU-SE AOS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Andalucía

Fonte: Posada FG. Uma mirada al de Andalucía, 2010

gestión de casos. Hospital Jerez, Consejería de Salud

# **OS FUNDAMENTOS DA GESTÃO DE CASO**

- **É UMA TECNOLOGIA QUE PERTENCE AO CAMPO DA GESTÃO DA CLÍNICA**
- **FUNDAMENTA-SE EM:**
  - A LEI DA CONCENTRAÇÃO DA SEVERIDADE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DOS GASTOS COM SERVIÇOS**
  - O CONCEITO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE**
  - O MODELO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
  - O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO**

# **O CONCEITO DE GESTÃO DA CLÍNICA**

**A GESTÃO DA CLÍNICA É UM CONJUNTO DE TECNOLOGIAS DE MICROGESTÃO DESTINADO A PROVER UMA ATENÇÃO À SAÚDE DE QUALIDADE:**

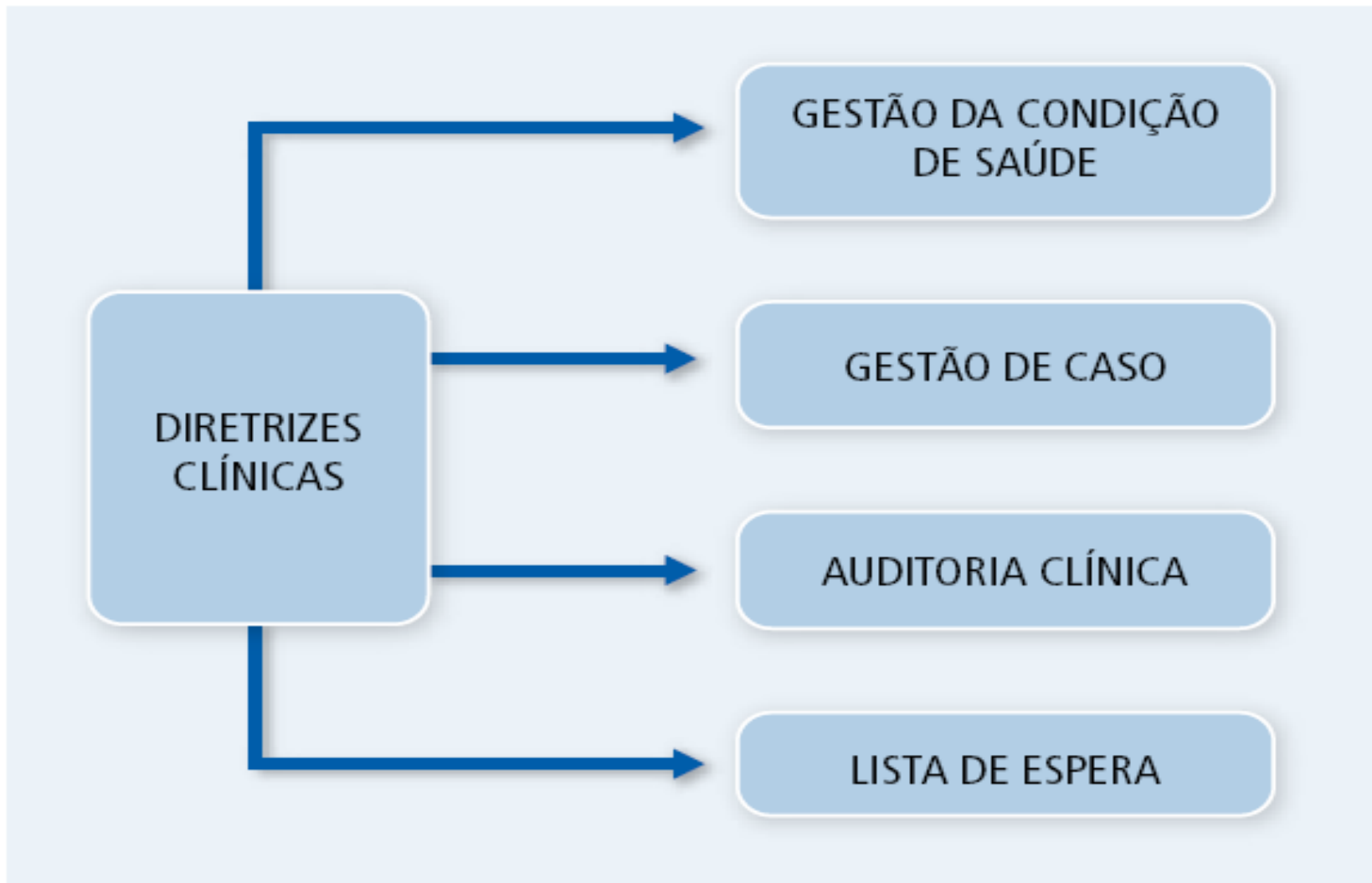
- CENTRADA NAS PESSOAS;**
- EFETIVA, ESTRUTURADA COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS;**
- SEGURA, QUE NÃO CAUSE DANOS ÀS PESSOAS E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE;**
- EFICIENTE, PROVIDA COM OS CUSTOS ÓTIMOS;**
- OPORTUNA, PRESTADA NO TEMPO CERTO;**
- EQUITATIVA, DE FORMA A REDUZIR AS DESIGUALDADES INJUSTAS;**
- OFERTADA DE FORMA HUMANIZADA.**

Fontes:

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. Century. Washington, The National Press, 2001

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA



# **POR QUE A GESTÃO DA CLÍNICA?**

- **A SINGULARIDADE ORGANIZACIONAL:  
A ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL**
- **A SINGULARIDADE ECONÔMICA:  
A INDUÇÃO DA DEMANDA PELA OFERTA**
- **AS LEIS E OS PRINCÍPIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE:  
A LEI DE WILDAVSKY  
O PRINCÍPIO DA VARIABILIDADE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE  
A LEI DE ROEMER  
A LEI DA CANETA DO MÉDICO  
A LEI DA CONCENTRAÇÃO DA SEVERIDADE DAS CONDIÇÕES DE  
SAÚDE E DOS GASTOS COM SERVIÇOS SANITÁRIOS**

# **A LEI DA CONCENTRAÇÃO DA SEVERIDADE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DOS GASTOS COM SERVIÇOS SANITÁRIOS**

**UMA PEQUENA MINORIA DE PORTADORES DE CONDIÇÕES DE SAÚDE MUITO COMPLEXAS É RESPONSÁVEL POR UMA GRANDE MAIORIA DOS GASTOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE. ESSE PADRÃO TEM SIDO ENCONTRADO EM TODOS OS GRUPOS DE IDADE E TEM SE MOSTRADO CONSISTENTE AO LONGO DO TEMPO**

<b>PORCENTUAL DA POPULAÇÃO</b>	<b>PORCENTUAL DE GASTOS</b>
<b>1%</b>	<b>30%</b>
<b>2%</b>	<b>41%</b>
<b>5%</b>	<b>58%</b>
<b>30%</b>	<b>91%</b>

# AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE SÃO AS CIRCUNSTÂNCIAS NA SAÚDE DAS PESSOAS QUE SE APRESENTAM DE FORMAS MAIS OU MENOS PERSISTENTES E QUE EXIGEM RESPOSTAS SOCIAIS REATIVAS OU PROATIVAS, EVENTUAIS OU CONTÍNUAS E FRAGMENTADAS OU INTEGRADAS**
- **A LÓGICA DE RECORTE: A FORMA DE RESPOSTA SOCIAL A ESSAS CONDIÇÕES PELO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, PELOS PROFISSIONAIS E PELAS PESSOAS USUÁRIAS**

Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1: 2-4, 1998.

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



# TIPOS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **CONDIÇÕES AGUDAS**
- **CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1: 2-4, 1998.

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

# O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

**SÃO AQUELAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CURSO MAIS OU MENOS LONGO OU PERMANENTE QUE EXIGEM RESPOSTAS E AÇÕES CONTÍNUAS, PROATIVAS E INTEGRADAS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE ESTABILIZAÇÃO E CONTROLE EFETIVO, EFICIENTE E COM QUALIDADE**

Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1: 2-4, 1998

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

# A RESPOSTA SOCIAL ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- PROATIVA
- CONTÍNUA
- INTEGRADA



- DO SISTEMA DE ATENÇÃO
- DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- DAS PESSOAS USUÁRIAS



Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4, 1998

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

# AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **OS FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS BIOPSIOLÓGICOS: COLESTEROL ELEVADO, DEPRESSÃO, HIPERTENSÃO ARTERIAL, NÍVEL GLICÊMICO ALTERADO, SOBREPESO OU OBESIDADE**
- **AS DOENÇAS CRÔNICAS: DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CÂNCERES, DIABETES, DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E OUTRAS**
- **AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE CURSO LONGO: HANSENÍASE, HIV/AIDS, HEPATITES B E C**
- **AS CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **A MANUTENÇÃO DA SAÚDE POR CICLOS DE VIDA :  
PUERICULTURA, HEBICULTURA E SENICULTURA**
- **AS ENFERMIDADES (*ILLNESSES*):  
SINTOMAS MEDICAMENTE NÃO EXPLICÁVEIS, SOFRIMENTO  
DIFUSO, TRANSTORNO HISTEROSSOMÁTICO, TRANSTORNO  
SOMATOFORME, SÍNDROME DA NÃO DOENÇA, POLIQUÊIXA**
- **OS DISTÚRBIOS MENTAIS DE LONGO PRAZO**
- **AS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E ESTRUTURAIS CONTÍNUAS:  
AMPUTAÇÕES E DEFICIÊNCIAS MOTORAS PERSISTENTES**
- **AS DOENÇAS BUCAIS**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

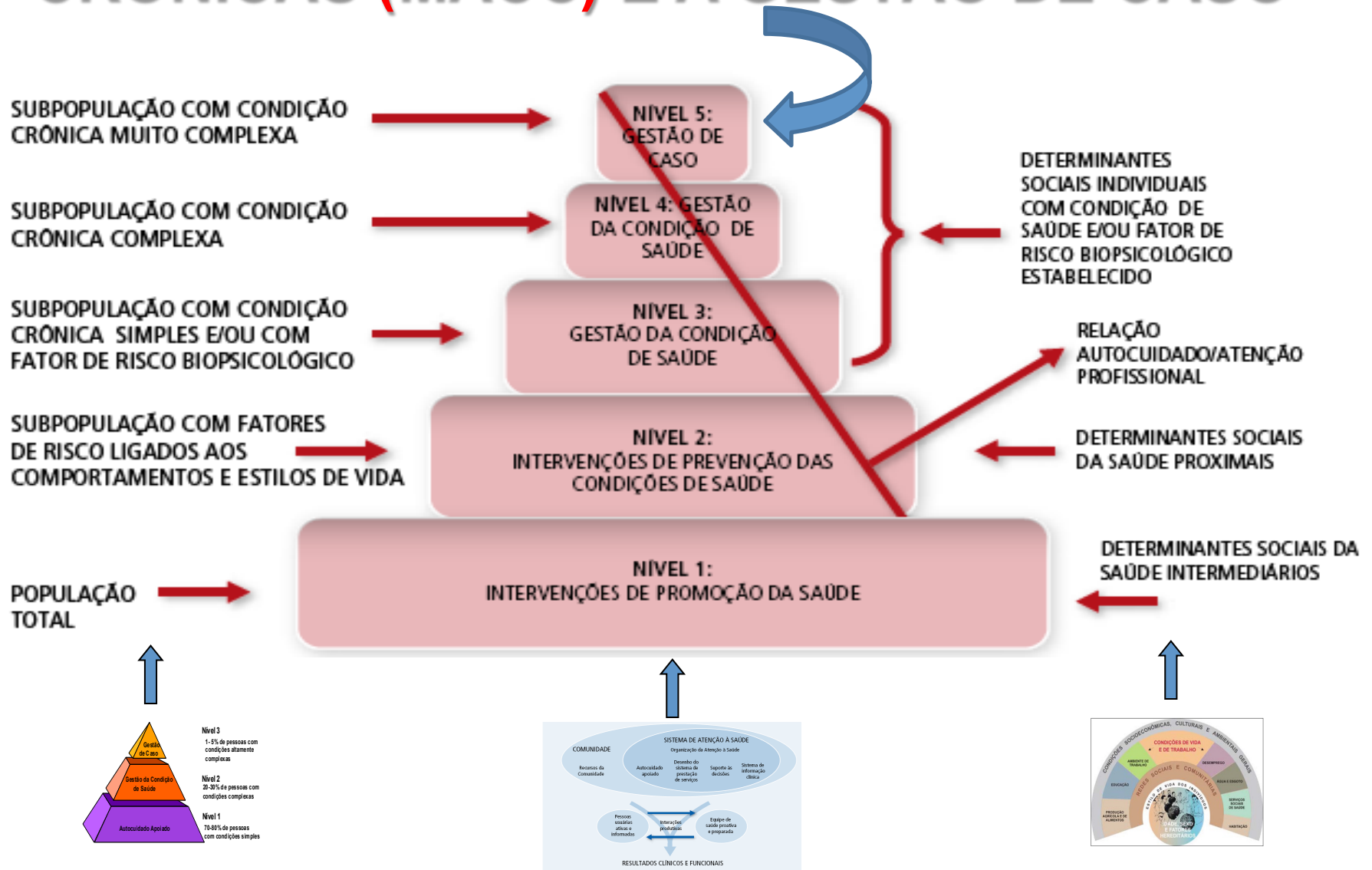
Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# **OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

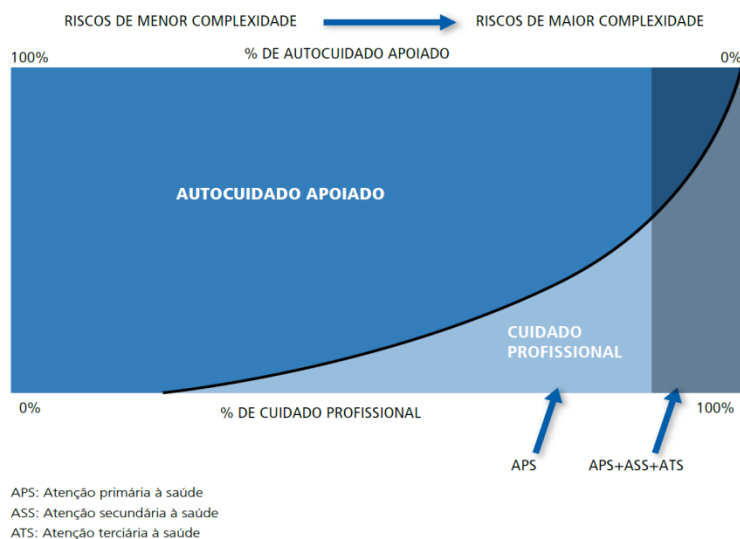
- **O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA (*CHRONIC CARE MODEL*)**
- **O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS**
- **O MODELO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

# O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) E A GESTÃO DE CASO

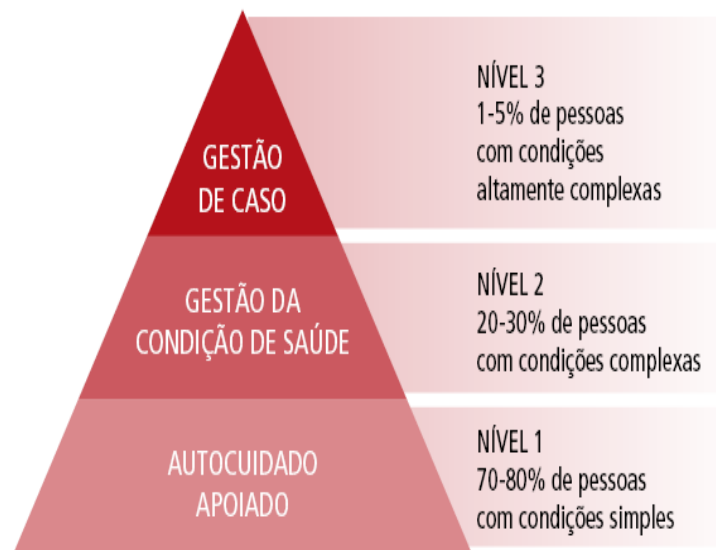


# O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO (MPR)

## TEORIA DO ESPECTRO DA ATENÇÃO À SAÚDE



## MPR

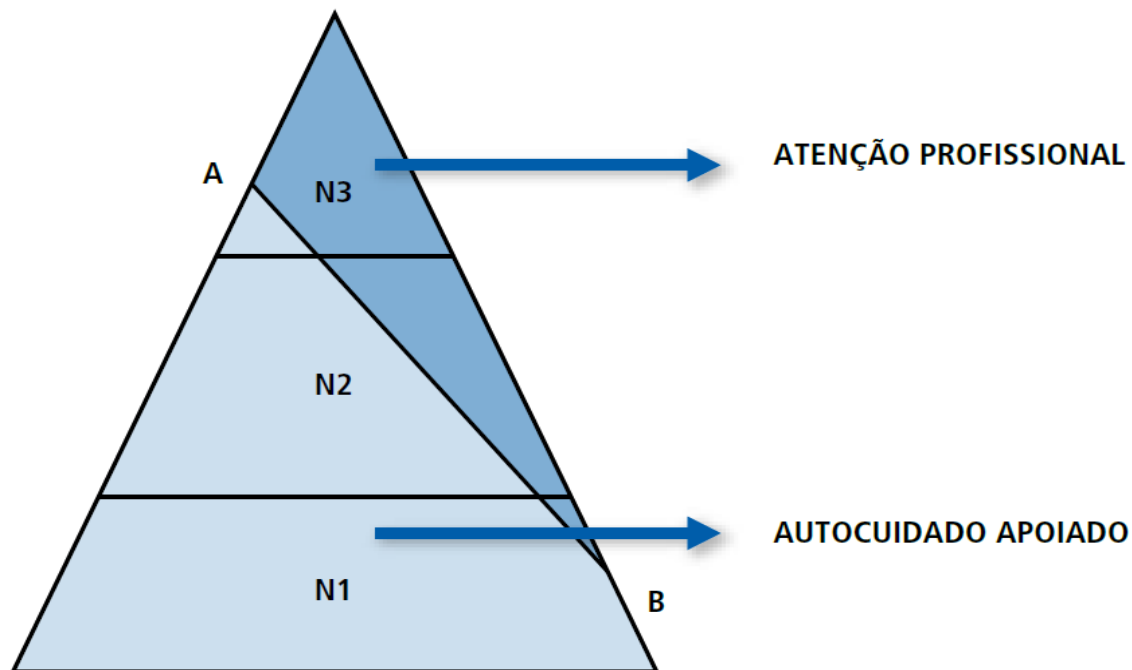


### Fontes:

Leutz W. Five laws for medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q., 77: 77-110, 1999. Department of Health. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005



# CONCENTRAÇÃO RELATIVA DE ATENÇÃO PROFISSIONAL E DE AUTOCUIDADO NO MPR



N1: Nível 1;

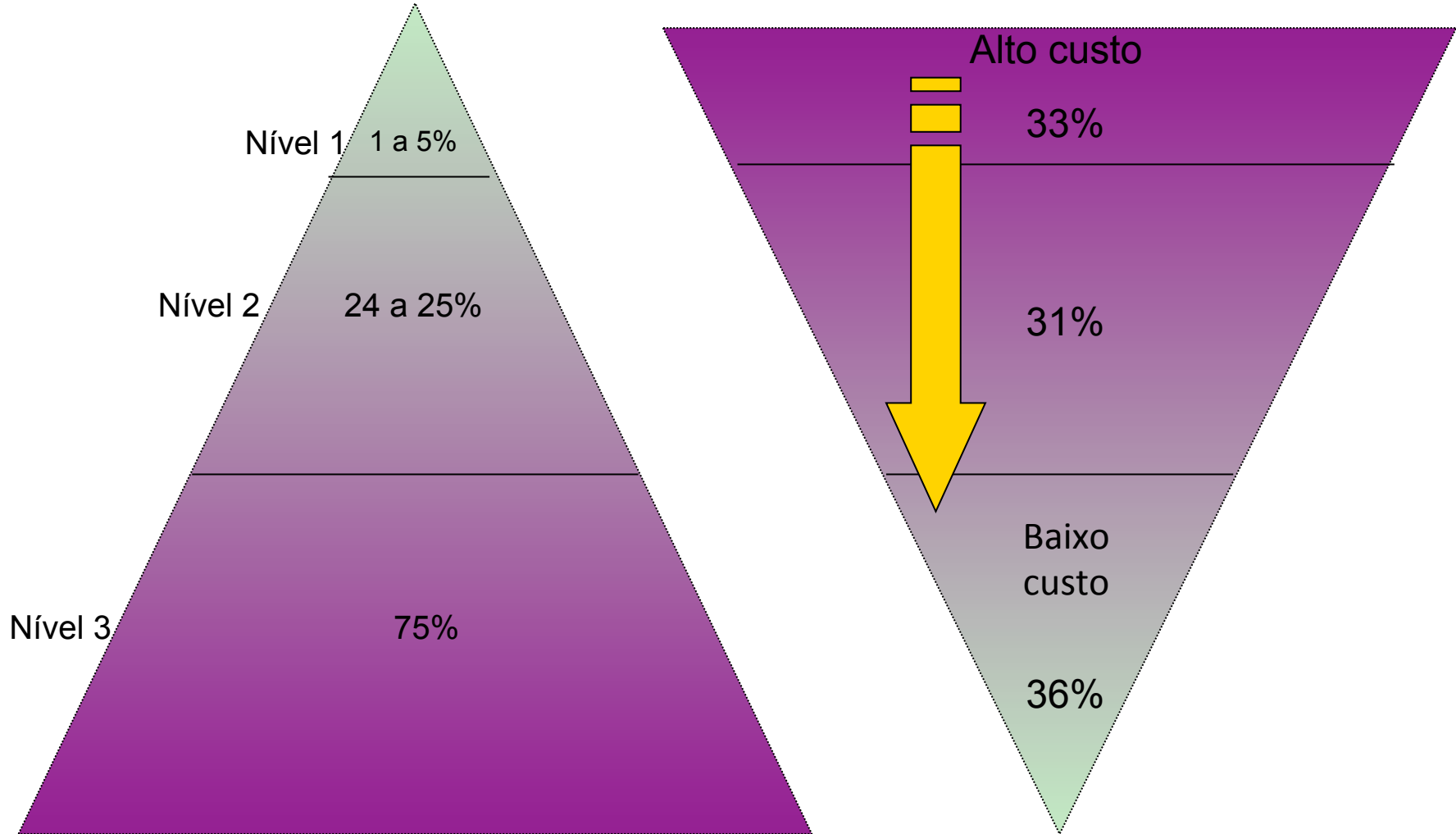
N2: Nível 2

N3: Nível 3.

# A LÓGICA DO MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO

COBERTURA POPULACIONAL

CUSTO POR CASO



# O CONCEITO DE GESTÃO DE CASO

**A GESTÃO DE CASO É O PROCESSO COOPERATIVO QUE SE DESENVOLVE ENTRE UM PROFISSIONAL GESTOR DE CASO E UMA PESSOA PORTADORA DE UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE MUITO COMPLEXA E SUA REDE DE SUPORTE 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 E CAPAZ DE AUMENTAR A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE PRESERVAR AUTONOMIA INDIVIDUAL E FAMILIAR**

# OS OBJETIVOS DA GESTÃO DE CASO

- **AUMENTAR A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS E DE SUAS FAMÍLIAS**
- **ESTIMULAR A ADESÃO AO PLANO DE CUIDADO**
- **AJUSTAR AS NECESSIDADES DE SAÚDE AOS SERVIÇOS PROVIDOS**
- **ASSEGURAR A CONTINUIDADE DO CUIDADO**
- **REDUZIR OS EFEITOS ADVERSOS DAS INTERVENÇÕES MÉDICAS**
- **MELHORAR A COMUNICAÇÃO E A COLABORAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
- **INCREMENTAR A AUTONOMIA DAS PESSOAS E DAS FAMÍLIAS**
- **MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOAS**
- **MELHORAR A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO**
- **MONITORAR O PLANO DE CUIDADO**
- **AVALIAR AS ALTAS EM SERVIÇOS HOSPITALARES E PREVENIR AS REINTERNAÇÕES**
- **MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO**

Fontes:

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

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# **UM PAPEL ESSENCIAL DA GESTÃO DE CASO**

- **UM PAPEL ESSENCIAL DA GESTÃO DE CASO É A ADVOCACIA DA PESSOA PORTADORA DE UMA CONDIÇÃO CRÔNICA DE ALTÍSSIMO RISCO, DE SUA FAMÍLIA E DE SUA REDE DE SUPORTE SOCIAL**
- **O PAPEL DE ADVOCACIA IMPLICA, EM RELAÇÃO À PESSOA E SUA FAMÍLIA:**
  - DEFENDER SEUS INTERESSES**
  - FACILITAR OS MEIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE CUIDADO**
  - EMPODERÁ-LAS PARA O AUTOCUIDADO E PARA A AUTONOMIA**
  - FACILITAR A COMUNICAÇÃO COM OS PRESTADORES DE SERVIÇOS**
  - COORDENAR O CUIDADO EM TODA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

# **O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO**

- **A SELEÇÃO DO CASO**
- **A IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DE CASO**
- **A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA**
- **A ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO**
- **O MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADO**

# **A SELEÇÃO DO CASO**

- **PESSOAS PORTADORAS DE COMORBIDADES**
- **PESSOAS QUE UTILIZAM POLIFARMÁCIA**
- **PESSOAS QUE APRESENTAM BAIXA ADEÇÃO ÀS INTERVENÇÕES PRESCRITAS**
- **PESSOAS COM ALTO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA FÍSICA OU COGNITIVA**
- **PESSOAS RECEPTORAS DE TECNOLOGIAS DE ALTA DENSIDADE (VENTILAÇÃO MECÂNICA, NUTRIÇÃO PARENTERAL, OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR E OUTRAS)**
- **PESSOAS INCAPACITADAS PARA O AUTOCUIDADO**
- **PESSOAS QUE APRESENTAM GRAVES PROBLEMAS FAMILIARES**
- **PESSOAS QUE APRESENTAM GRAVES PROBLEMAS SÓCIO-ECONÔMICOS**
- **PESSOAS DESPROVIDAS DE REDES DE SUPORTE SOCIAL**
- **PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS QUE VIVEM SÓ**
- **PESSOAS COM READMISSÕES HOSPITALARES FREQUENTES**
- **PESSOAS PORTADORAS DE DISTÚRBIOS MENTAIS GRAVES**
- **PESSOAS QUE APRESENTAM EVIDÊNCIAS DE ALGUM TIPO DE ABUSO**
- **PESSOAS MORADORAS DE RUA**
- **PESSOAS EM ESTÁGIO DE POBREZA EXTREMA**

# **SELEÇÃO DE PESSOAS IDOSAS PARA GESTÃO DE CASO NO CENTRO DE SAÚDE CASTLEFIELDS - REINO UNIDO**

**ENQUADRAMENTO EM 3 OU MAIS DOS CRITÉRIOS  
SEGUINTE:**

**PRESENÇA DE SEIS OU MAIS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**PRESENÇA DE SEIS OU MAIS MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR MAIS  
DE 6 MESES**

**DUAS OU MAIS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO ÚLTIMO ANO**

**DOIS OU MAIS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA NO ÚLTIMO ANO**

**DOIS OU MAIS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS NO ÚLTIMO ANO**

**PESSOAS QUE ESTEJAM ENTRE OS 3% MAIS FREQUENTES USUÁRIOS  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**PESSOAS QUE TIVERAM MAIS DE QUATRO VISITAS PELOS  
ASSISTENTES SOCIAIS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES**

**PESSOAS CUJO CUSTO DOS MEDICAMENTOS EXCEDE 300 LIBRAS POR  
MÊS**



# **SELEÇÃO DE GESTANTES PARA GESTÃO DE CASO NA SMS DE MANAUS**

- **OBJETIVO: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO**
- **NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS: 41.000 POR ANO**
- **NÚMERO DE MORTES INFANTIS: 560 POR ANO**
- **UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO EXPLOROU OS FATORES QUE CONTRIBUÍRAM MAIS SIGNIFICATIVAMENTE PARA A MORTALIDADE INFANTIL**
- **NÚMERO DE MORTES INFANTIS EM GESTANTES COM 3 OU MENOS CONSULTAS PRÉ-NATAIS: 260 (46% DO TOTAL)**
- **NÚMERO DE GESTANTES COM TRÊS OU MENOS MORTES INFANTIS: 8.000 (19,5%)**
- **NÚMERO MÉDIO DE GESTANTE POR UBS: 40**

# A IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DE CASO

- **PODE SER UM PROFISSIONAL ISOLADO, COMO ASSISTENTE SOCIAL, ENFERMEIRO OU PSICÓLOGO OU POR UMA PEQUENA EQUIPE INTERPROFISSIONAL**
- **O SISTEMA *HANDS-OFF*: UM GESTOR DE CASO ÚNICO EXERCITA A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO, CUIDA A MOBILIZAÇÃO DOS RECURSOS E MONITORA OS RESULTADOS SEM SE ENVOLVER, DIRETAMENTE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**
- **O SISTEMA *HANDS-ON*: O GESTOR DE CASO OU A EQUIPE INTERPROFISSIONAL EXERCITA A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO, CUIDA DA MOBILIZAÇÃO DOS RECURSOS, MONITORA OS RESULTADOS E SE ENVOLVE, DIRETAMENTE, NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

# **CARACTERÍSTICAS DE UM GESTOR DE**

- **TEM EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS E DE EQUIPES DE TRABALHO**
- **TEM CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **É HÁBIL NA COMUNICAÇÃO E NA NEGOCIAÇÃO**
- **TEM CONHECIMENTO E COMPETÊNCIA PARA DETECTAR NECESSIDADES NOS ÂMBITOS FÍSICO, PSICOLÓGICO E SOCIAL**
- **TEM EXPERIÊNCIA DE TRABALHO CLÍNICO**
- **TEM CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS**
- **TEM A CAPACIDADE DE CRIAR UMA ATMOSFERA DE ESPERANÇA**
- **RESPONDE COM HONESTIDADE A TODAS AS QUESTÕES**
- **GARANTE UM CUIDADO HUMANIZADO E DE QUALIDADE**
- **CONHECE O PROGNÓSTICO**
- **CONHECE A EVOLUÇÃO DA PESSOA**
- **ESTÁ PRESENTE COM A PESSOA**
- **SABE O QUE ESTÁ SENDO FEITO E O QUE DEVERÁ SER FEITO**
- **FALA FREQUENTEMENTE COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO CUIDADO**
- **ESTÁ PRESENTE NA RESIDÊNCIA DA PESSOA QUANDO NECESSÁRIO**
- **INSTRUI SOBRE OS CUIDADOS A SEREM PROVIDOS**
- **ORIENTA SUA PRÁTICA PARA A AUTONOMIA E A INDEPENDÊNCIA DA PESSOA**
- **SABE ABORDAR A POSSIBILIDADE DA MORTE**

# **A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA**

- **ENTREVISTA COM A PESSOA, FAMILIARES, CUIDADORES, AMIGOS, VIZINHOS, MEMBROS DA IGREJA E MOVIMENTOS SOCIAIS**
- **ENTREVISTA COM OS CUIDADORES**
- **ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS QUE PRESTAM A ATENÇÃO À SAÚDE, ESPECIALMENTE NA APS**
- **EXAME DO PRONTUÁRIO DE SAÚDE**
- **VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES ODONTOLÓGICAS, VISUAIS, AUDITIVAS, DA SAÚDE OCUPACIONAL E DA CAPACIDADE FUNCIONAL**
- **ANÁLISE DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO**
- **ANÁLISE DO AMBIENTE FAMILIAR E DOMICILIAR, INCLUINDO PRESENÇA DE ESCADAS, DE TELEFONE, DE EQUIPAMENTOS DE UTILIDADE DOMÉSTICA, DE SANITÁRIOS, DE EQUIPAMENTOS DE LAZER E DA NECESSIDADE DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS COMPLEMENTARES**
- **ELABORAÇÃO DA FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA**

Fontes:

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

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# **A FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA**

- **NOME, SEXO, IDADE, ENDEREÇO E ESTADO CIVIL**
- **TIPO DE EMPREGO**
- **SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA**
- **ESCOLARIDADE**
- **GRUPO CULTURAL**
- **ORIENTAÇÃO RELIGIOSA**
- **HISTÓRIA DE SAÚDE**
- **PRESENÇA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E COMORBIDADES**
- **HISTÓRICO DE NÃO ADESÃO A TRATAMENTOS E DE ATITUDES NÃO COLABORATIVAS NO CUIDADO**
- **MEDICAMENTOS EM USO**
- **HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇAS**
- **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**
- **HISTÓRICO DE USO DE UNIDADES DE SAÚDE**
- **USO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES E INTEGRATIVAS**

# **A ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO**

- **A DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO DE CUIDADO**
- **A COPARTICIPAÇÃO DA PESSOA, DA FAMÍLIA E, EVENTUALMENTE, DE CUIDADORES E OUTROS MEMBROS DA REDE DE SUPORTE SOCIAL**
- **A ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO**  
**O QUE NECESSITA SER FEITO**  
**COMO FAZER O QUE SE NECESSITA**  
**QUEM PROVERÁ OS SERVIÇOS NECESSÁRIOS**  
**QUANDO OS OBJETIVOS SERÃO ALCANÇADOS**  
**ONDE E EM QUE TEMPO OS SERVIÇOS SERÃO PRESTADOS**
- **O DESENHO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CASO**
- **A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CASO**

# **A IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE CASO**

- **O PAPEL DE COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DO GESTOR DE CASO**
- **O CONHECIMENTO PELO GESTOR DE CASO DE TODOS OS ELEMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: APS, PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS, SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS**
- **O CONHECIMENTO PELO GESTOR DE CASO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS RELATIVAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA**
- **O CONHECIMENTO PELO GESTOR DE CASO DOS RECURSOS DA COMUNIDADE QUE PODEM APOIAR A PESSOA**

# **O MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADO**

- **PRESENCIAL**
- **POR TELEFONE**
- **POR CORREIO ELETRÔNICO**
- **USANDO O PRONTUÁRIO CLÍNICO ELETRÔNICO**
- **MISTO**



# EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DE CASO

- **EVITA PROBLEMAS POTENCIAIS COM ADOÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS**
- **EVITA USO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E HOSPITALARES**
- **PROVÊ UM CONTACTO DURADOURO E HUMANO COM AS PESSOAS USUÁRIAS**
- **REDUZ EVENTOS ADVERSOS**
- **REDUZ OS CUSTOS DA ATENÇÃO**
- **AUMENTA A AUTONOMIA DAS PESSOAS E FAMÍLIAS**

Fontes:

Alliota SL. Case management of at-risk older people. In: Cochrane D. Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001

Boaden R et al. Evercare evaluation interim report . Manchester, The National Primary Care Research and Development Centre, 2005

Singh D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham, University of Birmingham, 2006

Asencio JMM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in primary health care: a quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Services Research, 8: 193, 2008

# GESTÃO DE CASO NO CENTRO INTEGRADO VIVA VIDA E HIPERDIA DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE



# **RELATO DE CASO: A PESSOA USUÁRIA**

**SBL, 32 ANOS, GESTANTE, SANTO ANTÔNIO DO MONTE, HIV+ (FORA DE TRATAMENTO), USUÁRIA DE CRACK, COMPANHEIRO DETIDO POR TRÁFICO, BAIXA RENDA, 6º FILHO.**



Fonte: Faria KF. Gestão de caso. Santo Antônio do Monte, Centro Integrado de Referência Secundário Viva Vida Hiperdia, 2013

# **RELATO DE CASO: AS INTERVENÇÕES REALIZADAS**

- **INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR**
- **VISITAS DOMICILIARES**
- **INTERVENÇÃO FAMILIAR**
- **ORIENTAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO**
- **CONSELHO TUTELAR E PROMOTORIA DE JUSTIÇA**
- **ENCAMINHAMENTO A SERVIÇO DE TRATAMENTO PARA HIV**



# **RELATO DE CASO: RESULTADOS**

- **INTERRUPÇÃO DO VÍCIO NOS ÚLTIMOS 5 MESES DE GESTAÇÃO**
- **ADESÃO AO TRATAMENTO PARA HIV**
- **COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E PEDIATRIA**
- **CONTROLE DOS EXAMES DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ, SENDO RESULTADO NEGATIVO PARA HIV**
- **COMPANHEIRO INFORMADO SOBRE A DOENÇA, DIAGNOSTICADO E EM TRATAMENTO PARA HIV**

