

Gestão de caso como estratégia de cuidado no pré-natal de alto risco

Case management as a high-risk prenatal care strategy

Gestión de caso como estrategia de cuidado en el prenatal de alto riesgo

Leticia Gramazio Soares^I

ORCID: 0000-0002-7347-0682

Ieda Harumi Higarashi^{II}

ORCID: 0000-0002-4205-6841

^IUniversidade Estadual do Centro-Oeste.
Guarapuava, Paraná, Brasil.

^{II}Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Soares LG, Higarashi, IH. Case management as a high-risk prenatal care strategy. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):692-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0483>

Autor Correspondente:

Leticia Gramazio Soares

E-mail: leticigramazio13@gmail.com



Submissão: 10-06-2018 **Aprovação:** 20-01-2019

RESUMO

Objetivo: discutir os benefícios da utilização da gestão de caso no pré-natal de alto risco. **Método:** pesquisa qualitativa, convergente assistencial, com seis gestantes de alto risco, realizada num município do Sul do Brasil. Os dados foram produzidos pela gestão de caso, de abril a agosto de 2017, por meio de observação participante. A análise seguiu os processos da Pesquisa Convergente Assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência. **Resultados:** a gestão de caso identificou elementos importantes no cuidado às gestantes, os quais denotaram maior complexidade aos casos; se mostrou como um espaço pertinente para o enfermeiro atuar, por se tratar de uma ação interventiva que requer conhecimento e habilidades específicas. **Considerações finais:** a gestão de caso proporciona manejo diferenciado em casos complexos, facilita o fluxo entre os serviços de saúde, concretizando a integralidade e equidade do cuidado. Constatou-se, na convergência entre pesquisa e assistência, que as participantes foram beneficiadas pela gestão de caso.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Serviços de Saúde Materna; Gravidez de Alto Risco; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to discuss the benefits of using high-risk prenatal case management. **Method:** a qualitative, convergent care study with six high-risk pregnant women, performed in a municipality in the south of Brazil. Data were produced by case management from April to August of 2017 through observation-participant. Analysis followed the processes of Convergent Care Research: apprehension, synthesis, theorization and transfer. **Results:** case management identified important elements in the care of pregnant women, which denoted a greater complexity to the cases; was shown as a relevant space for nurses to act, because it is an intervention that requires knowledge and specific skills. **Final considerations:** case management provides differentiated management in complex cases, facilitates the flow between health services, concretizing the comprehensiveness and equity of the care. It was found, in the convergence between research and care, that participants were benefited by case management.

Descriptors: Prenatal Care; Maternal Health Services; High-Risk Pregnancy; Maternal and Child Health; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: discutir los beneficios de la utilización de la gestión de casos en el prenatal de alto riesgo. **Método:** investigación cualitativa, convergente asistencial, con seis gestantes de alto riesgo, realizada en un municipio del sur de Brasil. Los datos fueron producidos por la gestión de casos, de abril a agosto de 2017, por medio de observación participante. El análisis siguió los procesos de la Investigación Convergente Asistencial: apreensión, síntesis, teorización y transferencia. **Resultados:** la gestión de casos identificó elementos importantes en el cuidado a las gestantes, los cuales denotaron mayor complejidad a los casos; se mostró como un espacio pertinente para el enfermero actuar, por tratarse de una acción intervencionista que requiere conocimiento y habilidades específicas. **Consideraciones finales:** la gestión de casos proporciona un manejo diferenciado en casos complejos, facilita el flujo entre los servicios de salud, concretando la integralidad y equidad del cuidado. Se constató, en la convergencia entre investigación y asistencia, que las participantes se beneficiaron de la gestión de casos.

Descriptores: Atención Prenatal; Servicios de Salud Materna; Embarazo de Alto Riesgo; Salud Materno-Infantil; Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é recomendada durante a gravidez como uma estratégia para melhorar os resultados maternos e neonatais, particularmente importante para as gestantes com moderado a alto risco, uma vez que auxilia no controle e prevenção de resultados adversos⁽¹⁾. O nível de atenção e cuidados adotados neste período são responsáveis por desfechos danosos para a saúde obstétrica e neonatal⁽²⁻³⁾, que culminam no aumento da morbimortalidade nesta população⁽⁴⁻⁵⁾.

No Brasil, a assistência pré-natal está alicerçada na proposta da Rede Cegonha, que sustenta a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno-Infantil, a qual define a captação precoce da gestante, estratificação de risco e atendimento em ambulatório especializado. Alinhada a esta proposta, o Programa Rede Mãe Paranaense guia a assistência a esta população no Paraná. Ademais, o programa propõe a garantia do parto por meio da vinculação ao hospital, assegurando à criança o direito ao nascimento seguro, bem como ao crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽⁶⁻⁷⁾.

Apesar da implantação de programas e de melhorias conquistadas, sabe-se que muitos óbitos maternos e infantis podem ser evitados por meio da implantação de intervenções comprovadas e eficazes^(3,8). Surge, portanto, a possibilidade de utilizar a gestão de caso no pré-natal de alto risco. No entanto, ainda são escassas as pesquisas a respeito da utilização da gestão de casos, em especial, com gestantes de alto risco, que ainda é inédita na literatura, representando uma lacuna no conhecimento. Todavia, estudos sugerem que novas estratégias sejam pesquisadas para serem incorporadas no corpo de evidências atual para melhorar a assistência materno-infantil⁽⁹⁻¹⁰⁾, o que torna viável este estudo.

Conceituada como um método de cuidado⁽¹¹⁾, a gestão de caso se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa com 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, com o objetivo de propiciar atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar⁽¹²⁾, geralmente associada a cuidados intensivos e internações hospitalares dispendiosas⁽¹¹⁾.

A relevância da gestação de alto risco no cenário epidemiológico atual; a necessidade de investigar intervenções no cuidado às gestantes; a estruturação da RAS no país, estados e municípios; e a utilização da gestão de caso como uma possível estratégia de cuidado para o enfermeiro desenvolver foram aspectos que justificaram este estudo e definiram a seguinte questão norteadora: quais os benefícios trazidos pela utilização da gestão de caso no pré-natal de gestantes estratificadas como sendo de alto risco?

OBJETIVO

Discutir os benefícios da utilização da gestão de caso no pré-natal de alto risco.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste, por meio do Parecer nº. 1.371.944. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, sustentado no método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA); a qual mantém no seu processo uma estreita relação com a assistência, para solucionar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações⁽¹³⁾.

Referencial metodológico

O encontro entre pesquisa e assistência é a concretude primordial da PCA, sendo a convergência o seu diferencial metodológico, onde residem os achados transparentes a outras tecnologias do assistir ou novas práticas assistenciais teorizadas⁽¹⁴⁾.

Os conceitos regidos pela convergência entre pesquisa e assistência foram: *dialogicidade*: processo de comunicação complexo e reconhecimento de que o conhecimento se constrói pela interlocução; *expansibilidade*: admite que o propósito inicial possa ser ampliado durante o processo dialógico da pesquisa e assistência; *imersibilidade*: imersão do pesquisador na assistência durante a investigação; *simultaneidade*: reconhece que pesquisa e assistência ocorrem juntas, mas guardam identidades próprias⁽¹³⁾. Neste estudo, a convergência entre pesquisa e assistência ocorreu durante todo o processo, possibilitando, a um só tempo, coletar informações ao conduzir a gestão de caso.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado na região Sul, num município de médio porte do Paraná. Iniciou-se no ambulatório de pré-natal de alto risco, ponto da rede destinado a atender todas as gestantes de alto risco do município, local onde ocorreu a seleção das gestantes para a gestão de caso; posteriormente à seleção, a pesquisa desenvolveu-se nos domicílios das gestantes e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência de cada participante incluída no estudo.

Fonte de dados

Primeiramente, foram entrevistadas, individualmente, 132 gestantes de alto risco para que fosse possível selecionar precisamente as gestantes para serem acompanhadas na gestão de caso. Para isso, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: ser gestante de alto risco; residente em Guarapuava na área urbana, maior de 18 anos; apresentar uma ou mais condições maternas não controlada(s) e/ou apresentar gestação com malformação fetal; estar no mínimo na 24ª semana de gestação. Sendo que

nove gestantes atenderam aos critérios definidos, no entanto, houve duas recusas, uma por falta de interesse e a outra foi excluída por não se encontrar em domicílio, mesmo mediante agendamento prévio, totalizando, seis participantes, que serão denominadas casos 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram produzidos no período de abril a agosto de 2017, por meio de observação participante e registro em diário de campo⁽¹⁵⁾. Os dados foram organizados em notas de campo: Notas de Observação (NO) proveniente da observação participante; Notas de Assistência (NA) advindas do Plano de Cuidados, registradas durante e após as visitas e foram transcritas em um único *corpus*.

Etapas do trabalho

Processo de produção de dados

A gestão de caso fundamentou-se em etapas, conforme consta na literatura: seleção do caso e identificação de problemas; elaboração e implementação do Plano de Cuidados; e monitoramento do Plano de Cuidados⁽¹¹⁾. O processo foi conduzido exclusivamente por uma pesquisadora, chamada de gestora de caso, a qual era enfermeira com experiência em saúde materno-infantil e doutoranda.

Após selecionar as gestantes, realizou-se um contato telefônico para agendamento da primeira visita. Mediante o aceite, iniciou-se a gestão de caso e a produção dos dados. Como parte integrante do Plano de Cuidados, coletaram-se, inicialmente, dados socioeconômicos, demográficos, além de história de saúde, obstétrica e da gestação atual, os quais estavam incluídos no plano, para que estas evidências pudessem ser incorporadas à gestão de caso.

O momento de estabelecimento da relação entre participante e gestora de caso foi a visita domiciliar. Nestes encontros, a gestora de caso atualizava o Plano de Cuidados, manualmente, por meio da consulta de enfermagem à gestante de alto risco, com a realização de anamnese e exame físico, identificação de problemas e situações, as quais fundamentaram as intervenções realizadas pela gestora de caso, seja por orientação ou encaminhamento das demandas identificadas aos serviços de saúde. Desse modo, o Plano de Cuidados foi monitorado e modificado a cada visita domiciliar, conforme a dinâmica apresentada pelo caso. Para cada gestante, realizou-se em média, cinco visitas domiciliares com duração aproximada de 40 minutos e frequência adaptada à necessidade de cada caso, semanal ou quinzenal. Todas as participantes continuaram assistidas pelo serviço de saúde, conforme protocolo municipal. Familiares participaram indiretamente do estudo como elementos não-participantes, uma vez que foram inseridos na observação participante.

Os registros das notas de campo da observação participante possibilitaram entender o contexto no qual a participante estava inserida, assim como a interação entre os atores, gestante, família, profissionais de saúde e gestora de caso, as quais definiram o cuidado à gestante, dados utilizados como pesquisa para alavancar a construção social de conhecimento. Já as notas de campo do

Plano de Cuidados, referiram-se aos problemas identificados na consulta de enfermagem e as intervenções assistenciais realizadas pela gestora de caso, para solucioná-los ou minimizá-los. As necessidades levantadas pela gestora de caso configuraram o momento em que ocorreu a convergência entre pesquisa e assistência. A síntese das etapas de desenvolvimento da gestão de caso está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese das etapas de trabalho da pesquisa para produção de dados, abril-agosto, 2017.

Etapas da gestão de caso	Finalidade
Seleção do caso e identificação do problema	Permitiu selecionar os casos mais complexos de gestação de alto risco.
Elaboração e implementação do Plano de Cuidados	Foram realizadas visitas domiciliares. A gestora de caso realizou consulta de enfermagem e elaborou um Plano de Cuidados, conforme necessidades de cada gestante, o que permitiu a pesquisa e a assistência.
Monitoramento do Plano de Cuidados	O Plano de Cuidados guiou a gestão de caso, permitiu realizar ações assistenciais, advogar pelas necessidades e visualizar momentos nos quais houve convergência entre pesquisa e assistência.

Quadro 2 – Descrição dos casos, abril-agosto, 2017.

Descrição do caso
Caso 1: 42 anos, casada, do lar. Gesta 4, Aborto 2, Partos 2. Um filho vivo e um natimorto. Gestação de alto risco: trombose venosa, SHEG e idade avançada.
Caso 2: 27 anos, casada, do lar. Gesta 3, Aborto 0, Partos 3. Dois filhos vivos e um morto. Gestação de alto risco: SHEG, diabetes mellitus gestacional e obesidade (IMC gestacional 42,49).
Caso 3: 21 anos, casada, do lar, tabagista. Gesta 1. Aborto 0. Parto 1. Um natimorto há menos de um ano. Gestação de alto risco: trabalho de parto prematuro, sífilis gestacional e baixo peso.
Caso 4: 24 anos, casada, do lar. Gesta 5. Aborto 1. Parto 4. Filhos vivos 3 e um natimorto. Gestação de alto risco por cardiopatia, SHEG e toxoplasmose.
Caso 5: 29 anos, casada, do lar. Gesta 1. Aborto 0. Parto 1. Um filho natimorto. Gestação de alto risco: histórico de eclâmpsia prévia, SHEG, obesidade (IMC gestacional 47) e infecção urinária.
Caso 6: 24 anos, casada, doméstica e tabagista. Gesta 1. Aborto 0. Parto 1. Um filho natimorto. Gestação de alto risco por SHEG, obesidade (IMC gestacional: 39,74).

Análise dos dados

Posteriormente à leitura flutuante do *corpus* das notas de campo, aplicou-se a análise dos dados, pela gestora de caso, que envolveu quatro processos⁽¹⁵⁾: *Apreensão*: coleta de informações durante o acompanhamento das gestantes. *Síntese*: leitura detalhada das notas transcritas, identificação de palavras/conjuntos com sentido e classificação em categorias. A conversão das informações das notas de campo seguiu a regra da codificação⁽¹⁵⁾. *Teorização*: elevar os dados a um alto nível de abstração, ao associá-los com a

literatura. *Transferência*: possibilidade de socializar os resultados em situações similares. Para isso, a transmissibilidade do conhecimento precisa sofrer um processo de (des)abstração, a fim de torná-lo apto a materializar os achados.

RESULTADOS

Os resultados serão inicialmente apresentados a partir de uma breve descrição de cada caso (Quadro 2) e, posteriormente, pelas categorias de análise. A apresentação de tais aspectos objetivou contextualizar a realidade investigada, de forma a orientar a análise por categorias.

De modo geral, sobre as características do grupo, apenas uma participante apresenta-se no extremo para idade avançada; todas tinham companheiro; todas já vivenciaram a perda de um filho, sendo óbito infantil ou natimorto. A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) aparece como motivo de alto risco em cinco casos e a obesidade gestacional, em três casos.

O processo de análise sobre a utilização da gestão de caso na gestação de alto risco fez emergir duas categorias: *por trás da estratificação de alto risco gestacional: identificação de casos complexos*; e *gestão de caso como sustentáculo para a atuação do enfermeiro no pré-natal de alto risco*. A seguir, serão apresentadas as categorias, o *corpus* do processo analítico, representadas nos trechos das notas de campo.

Por trás da estratificação de alto risco gestacional: identificação de casos complexos

Esta categoria demonstrou que ao desenvolver a gestão de caso na gestação de alto risco, é possível verificar situações multifatoriais. Apesar da estratificação de risco utilizada pelos programas, quando se acompanha as gestações, é possível perceber que existem subpopulações constituídas por casos mais complexos e expostos a riscos que podem levar a desfechos desfavoráveis, impondo a necessidade de maior vigilância e monitoramento. As características das gestantes incluídas no estudo denotam uma realidade multifacetada e complexa. Foi possível verificar problemas sociais, econômicos, habitacionais e ambientais no contexto das participantes. Os registros das NO apresentam algumas situações:

Condição de higiene e limpeza da casa é precária. Esgoto a céu aberto (NO C2)

Cinco pessoas moram numa casa de dois cômodos, sem estrutura física e condições sanitárias para o crescimento e desenvolvimento de uma criança. Condições socioeconômicas extremamente precárias (...) (NO C4)

A escassez de recursos financeiros é um forte agravante e interfere nas necessidades básicas das pessoas. As necessidades da família eram providas pela mulher, agora afastada do trabalho (NO C6)

Outros resultados permitiram evidenciar que, por falta de conhecimento, sensibilização e/ou orientação, as gestantes não seguem cuidados na gestação de alto risco, tais como descritos nas NO abaixo:

Não usa meia elástica diariamente, refere que não consegue calçar. Usa somente para ir ao médico. Não reconhece o benefício da meia (NO C1)

A gestante estava estendendo roupas no varal, mesmo orientada quanto repouso absoluto. Ao aferir a pressão arterial, percebeu cheiro de cigarro (NO C3)

Apresenta IMC gestacional de 47,65, não tem restrição alimentar, faltosa em consultas com nutricionista. À tarde a gestante se alimentava de carne frita imersa em gordura. É possível ver alimentos calóricos no domicílio. O marido demonstra estar acima do peso. Com histórico de infecção urinária de repetição. Faz uso de chá de salsa. Seu descrédito em relação à antibioticoterapia é atribuída à utilização com frequência, sem sucesso (NO C5).

Na medida em que a gestora de caso detectou tais situações, as mesmas foram contempladas no Plano de Cuidados, dando origem às NA. Estas situações proporcionaram à gestora de caso realizar ações assistenciais no contexto da pesquisa, tais como verificadas abaixo:

Orientar, de modo lúdico, quanto à importância do uso da meia elástica diariamente, para prevenir trombose. Solicitar ajuda do marido para calçar a meia elástica (NA C1)

Comunicar a assistente social sobre a vulnerabilidade social (NA C4 e C6)

Agendar consulta com nutricionista para a gestante, via UBS. Agendar consulta médica na UBS, com urgência, para avaliação e conduta quanto à infecção urinária. Orientar a gestante e esposo quanto à escolha de alimentos menos calóricos. Orientar quanto à higiene íntima para prevenir infecção urinária. Incentivar o uso de antibiótico para tratamento de infecção urinária. Supervisionar o tratamento. Explicar o risco de parto prematuro e complicações causadas pela hipertensão e infecção urinária (NA C5).

A visita domiciliar realizada no período puerperal às participantes do estudo também evidenciou demandas para intervenção da gestora de caso, como registradas nas notas a seguir:

Os recém-nascidos que apresentaram problemas com relação ao aleitamento materno exclusivo. Realizadas orientações quanto à pega, posição, tempo e posicionamento após as mamadas, bem como quanto à alimentação e ingesta hídrica da mãe (NA 2, 3, 4 e 5)

Apresenta dor e sinais flogísticos na incisão cirúrgica no 8º dia pós-parto. Caso relatado à enfermeira da unidade básica de saúde (NA C5)

PAS elevada (130/100 mmHg) no 10º dia pós-parto, sem tratamento. Caso relatado à enfermeira da UBS (NA C6)

Alguns resultados, apresentados aqui, e que culminaram na configuração desta categoria, demonstram que a gestação apresenta aspectos relevantes para a assistência, além dos biológicos, utilizados na estratificação de alto risco. Contudo, estes aspectos, somados aos biológicos, influenciam a saúde obstétrica e neonatal.

A gestão de caso como sustentáculo para a atuação do enfermeiro no pré-natal de alto risco

A gestão de caso se apresentou como uma oportunidade para o enfermeiro acompanhar casos complexos de gestação de alto risco e agir de modo resolutivo em cada caso. No entanto, evidenciou que o enfermeiro, ao assumir este papel, deve dominar algumas competências e habilidades, tais como: tomada de decisão, comunicação, compreender a natureza humana e diagnosticar e resolver problemas de saúde. Alguns resultados provenientes do monitoramento do Plano de Cuidados denotaram complexidade clínica dos casos. As NA abaixo comprovam o achado:

Dor em MIE (7/10) e edema (++/4), com dificuldade no uso meias de compressão, em terapia anticoagulante de alto custo. Esteve em consulta pré-natal com obstetra esta semana. Retorno marcado para mais de um mês. A consulta foi adiantada para próxima semana (NA C1)

Apresentou contrações e dilatação uterina, ficou internada. Na alta, foi solicitada ultrassonografia. Relatou dificuldade para agendar o exame. Realizado adiantamento do exame para obtenção de resultado antes da consulta (NA C3)

Queixa-se de tontura e cefaleia. PA: 130/100 mmHg. A última aferição foi há mais de 20 dias no ambulatório de alto risco. Realizada aferição de PA a cada visita e agendamento de consulta na UBS em caráter de urgência (NA C6)

Possuir conhecimentos sobre doenças obstétricas, reconhecer sinais e sintomas, e ser capaz de tomar decisões foram atributos relevantes a gestora de caso. A NO do caso 6 evidencia esta situação, demandando que a periodicidade de consultas fosse aumentada. Todavia, a gestante não recebeu orientações, sequer direcionamento para ações na UBS, nem mesmo para aferição da pressão arterial:

Com 33 semanas, apresentou PA 130/100 mmHg, tontura, cefaleia e vômitos. Hospitalizada. Proteinúria. Edema em MMII. Houve alteração na medicação utilizada. As consultas obstétricas ocorrerão semanalmente. Ansiosa com a situação. Aferição de pressão arterial somente no ambulatório de risco (NO C6)

Nesse caso, a gestora de caso realizou a seguinte ação assistencial:

Comunicar a enfermeira da UBS sobre o quadro da gestante. Solicitar que a gestante realize a aferição de pressão na UBS uma vez ao dia; Solicitar ao agente comunitário de saúde que realize visitas diárias à gestante; Orientar a procurar imediatamente o hospital na vigência de sinais de aumento da pressão (NA C6)

Outro entrave à assistência gestacional de alto risco verificada no estudo e suprida pelo gestor de caso, diz respeito à educação em saúde, pois foi possível verificar demandas de orientações básicas entre as participantes, já que a participação em grupos de gestantes era nula, seja pela não oferta ou falta de participação. Desta forma, é requisitada ao gestor de caso habilidade de comunicação para orientar as gestantes. As NA a seguir descrevem esta abordagem:

Orientações sobre educação em saúde, incluindo: aleitamento materno, trabalho de parto, parto, cuidados com recém-nascido, alimentação (NA C1,2,3,4,5,6); toxoplasmose (NA C4); manejo na pré-eclâmpsia no domicílio (NA C5); higiene íntima (NA C2, C5); repouso absoluto (NA C3)

Outro aspecto refere-se ao papel relacional do gestor de caso, pois é indispensável que o mesmo interaja com diferentes profissionais de diversas áreas. Ao advogar pelas necessidades expressas pelas gestantes, deve conhecer seus direitos, bem como a rede de serviços.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo permitiram compreender que a gestação de alto risco não envolve apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos, sociais, econômicos e culturais, os quais exercem influência na complexidade dos casos. Tal como verificado neste estudo, outras pesquisas também corroboram tal constatação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Reconhecer a amplitude de fatores que incidem na gestação é considerar a influência dos determinantes da vida e saúde das pessoas, pois a maior parte da carga das doenças e das iniquidades ocorre em razão das condições em que os indivíduos nascem, vivem, trabalham e envelhecem⁽¹⁸⁾, o que exige meios sistematizados para atender à demanda dos usuários.

A atenção à gestação de alto risco não pode considerar somente os aspectos biológico para estratificar o risco e ditar as condutas assistenciais, conforme verificamos neste estudo. Quando sobrepesar os aspectos biológicos aos determinantes da saúde no pré-natal, estabelece-se um descompasso em relação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e à normatização da atenção à saúde gestacional de risco⁽¹⁹⁾. A literatura confirma que as desigualdades sociais são responsáveis, em parte, pela dificuldade em atingir os princípios do SUS⁽²⁰⁾.

A gestão de caso, neste estudo, demonstrou a presença de determinantes sociais da saúde no contexto das gestantes, os quais não eram considerados na assistência prestada a esta população. Em outros estudos, estes determinantes influenciaram para que as mulheres tivessem menos cuidados com a sua saúde e aderissem menos ao pré-natal⁽²¹⁻²²⁾. Neste estudo, a centralidade do pré-natal residia em consultas médicas, sem estabelecer interface com questões socioeconômicas, evidenciadas pela gestora de caso, as quais sabidamente interferem na saúde materno-infantil. De maneira similar, estudo nacional concluiu que a gestão de caso satisfaz também demandas subjetivas, emocionais, sociais e familiares e não somente às necessidades clínicas⁽²²⁾.

Ressalta-se que o gestor de caso não tem a responsabilidade de combater as iniquidades encontradas, tendo em vista que as mesmas são permeadas por aspectos macroestruturais. Muitas demandas evidenciadas neste estudo, apresentaram difícil solução, como por exemplo, as de origem social. Todavia, a gestora de caso advogou em prol do usuário, por meio de intermediações para alcance de soluções. É necessário planejamento de intervenções coordenadas e coerentes entre si, acionando setores que influenciam nos determinantes sociais da saúde obstétrica⁽¹⁸⁾. Reside neste achado a importância de os setores buscarem estratégias de combate às iniquidades. A estratificação de uma população

quanto ao risco social, é imprescindível quando se almeja vencer problemas de saúde⁽²³⁻²⁴⁾, uma vez que na gestão de caso, a colaboração mútua deve guiar a coordenação do cuidado para atingir metas centradas no usuário⁽¹¹⁾. Todo este cenário converge para o entendimento que a assistência ao pré-natal de alto risco exige considerar os aspectos objetivos e subjetivos da gestante⁽²⁵⁾. No entanto, foi possível observar ações direcionadas por protocolos, e não guiados pelas necessidades de saúde das gestantes; com predomínio do nível secundário, centralizado no ambulatório de alto risco, em detrimento do nível primário, pois verificou-se pouca ou nenhuma atuação da atenção primária, sendo esta lacuna responsável por gerar demandas assistenciais.

Este estudo demonstrou que a assistência obstétrica e neonatal carece ainda de uma assistência ampliada e integralizadora. Mesmo sendo delimitada dentro dos moldes de um programa reconhecido nacionalmente, como a Rede Cegonha, foi possível verificar gestantes expostas a situações complexas, colocando em risco a sua saúde e do bebê. Isso remete entender que dentro de um grupo considerado de alto risco, ainda há, uma pequena parcela, de maior risco ainda, e, que não pode estar sujeita as mesmas recomendações assistenciais que o grupo maior.

Deste modo, alguns estudos questionam a falta de consideração das condições subjetivas das mulheres impostas pelos programas de saúde⁽²⁶⁻²⁷⁾ o que predispõe a um diagnóstico isolado do contexto no qual o indivíduo está inserido⁽²⁸⁾ e a uma visão desumanizada da assistência obstétrica e neonatal⁽²⁹⁾. Nessa particularidade, a literatura justifica que o gestor de caso adiciona humanização a um ambiente opressivo, pelo cuidado holístico e de defesa ao usuário e família⁽¹¹⁾.

Ainda que se perceba uma conduta homogênea, pautada em fluxos de atendimento e protocolos, há que se considerar que as situações de saúde são heterogêneas. As normas podem ser resolutivas para um segmento, geralmente maior, mas não para outro, o qual é menor e frequentemente exposto a determinantes desfavoráveis⁽²⁹⁾, tal como verificado neste estudo. No entanto, para efeitos de pesquisa, reforça-se o papel advocatício do gestor de caso, que deve superar os aspectos biológicos. Estudos realizados fora do Brasil também evidenciaram advogar pelas necessidades dos usuários na gestão de caso⁽³⁰⁻³¹⁾.

A gestão de caso também trouxe como benefício a diminuição da fragmentação do cuidado, assim como em outra realidade assistencial fora do Brasil⁽³²⁾. A fragmentação da assistência tem sido apontada pela literatura como um dos maiores empecilhos para a RAS. A população convive com problemas de acesso que comprometem a continuidade da atenção entre diferentes pontos⁽³³⁾. Nas situações obstétricas, onde despontou a fragmentação, a gestão de caso encontrou espaço para ser desenvolvida, potencializando a RAS por encaminhamentos e agendamentos.

Embora a fundamentação deste estudo⁽¹¹⁾ considere que a gestão de caso possa ser conduzida por outros profissionais, no que tange à Enfermagem, ressalta-se o protagonismo exercido pelos enfermeiros, mas também assistentes sociais. No caso da Enfermagem, pode ser explicado pelas similaridades desta abordagem com o Processo de Enfermagem. A elaboração e o monitoramento do Plano de Cuidados pelo gestor de caso exigem habilidades de pensamento crítico, conhecimento técnico-científico, raciocínio lógico, experiência clínica, conhecimento sobre

o paciente, aplicação de padrões e perspectiva contextual⁽³⁴⁾. A Enfermagem, com frequência, identifica as limitações dos serviços de saúde, mas encontrou nesse dilema uma oportunidade para expandir sua prática, tal como na gestão de caso⁽¹¹⁾. O papel do enfermeiro gestor de caso é identificado em estudos internacionais⁽³⁶⁻³⁸⁾ e ainda timidamente em pesquisas nacionais^(22,37).

A inexistência, ou escassez de atividades de educação em saúde, também acusa o predomínio de consultas médicas às gestantes, e esta lacuna requisitou a necessidade do papel de educador em saúde da gestora de caso, fato também destacado pela literatura⁽³⁰⁾. As orientações sobre práticas para facilitar o parto são relevantes à promoção do parto vaginal e prevenção de desmame precoce⁽²⁾.

Apesar de este estudo não ter tido como mote a mensuração de resultados econômicos e desfechos gestacionais, observaram-se efeitos assistenciais positivos. A literatura destaca melhorias significativas com relação à satisfação do usuário com o tratamento, diminuição de internamentos e gastos, controle de sintomas, e até mesmo, modificação em estilos de vida⁽³⁸⁻³⁹⁾. Tais características projetam outros desdobramentos para a gestão de caso, seja pelo desenvolvimento de tecnologias, como nos EUA, onde já foram desenvolvidos *softwares* nesta perspectiva, seja pela influência de outros setores preocupados com a qualificação da assistência, crescendo cada vez mais⁽¹¹⁾, pois tem provado afetar positivamente os resultados dos cuidados de saúde⁽³⁰⁾.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, destaca-se a dificuldade na resolução de algumas demandas que fizeram pano de fundo para esta realidade, em especial as de natureza social, possivelmente por se tratarem de problemas de ordem macroestrutural. Com relação ao método, a atuação da pesquisadora também encontrou alguns entraves, como pouca atenção dada por alguns profissionais da RAS aos problemas evidenciados pela gestora de caso, sendo este aspecto crucial para a gestão de caso.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

A gestão de caso pode ser utilizada em outras realidades assistenciais complexas que exigem acompanhamento de modo sistematizado, longitudinal, integral e qualificado, com vistas a gerenciar os riscos e reduzir a morbimortalidade. A gestora de caso contribuiu para melhorar o fluxo das gestantes de alto risco nos pontos da RAS.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da gestão de caso se mostrou promissora como estratégia de cuidado no pré-natal de alto risco, em especial, ao reconhecer as subjetividades de cada caso e compreender a importância do manejo diferenciado nestes casos, concretizando a integralidade e equidade do cuidado. Conclui-se que dentre uma população estratificada como alto risco, coexistem algumas gestantes que apresentam condições clínicas e sociais complexas, as quais exigem um cuidado diferenciado, pois são mais suscetíveis a desfechos desfavoráveis.

A gestão de caso abarcou na sua operacionalização, o reconhecimento da complexidade da gestação de alto risco por meio da atenção individualizada e monitoramento contínuo do Plano de Cuidados ao estabelecer padrões e práticas para o manejo de condições clínicas complexas. Para tanto, requer do gestor

de caso competências e habilidades específicas. Foi possível constatar que a gestão de caso contribuiu para a otimização da assistência, posto que, ainda que os resultados não tenham sido quantificados, a dissolução dos nós críticos ou entraves do fluxo da atenção pela intervenção da gestora de caso foram evidentes.

REFERÊNCIAS

1. Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 10];12(2):CD009916. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009916.pub2>
2. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 29];30(Sup):S1-S15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
3. Salge AKM, Silva RCR, Guimarães JV, Ramalho WS, Abdalla DR, Abdalla GR. Relationship between clinical, placental, obstetric and neonatal aspects and intrauterine growth in high risk pregnancies. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 04];26(2):e5520015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005520015>
4. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. [Association between risk pregnancy and route of delivery with maternal and neonatal outcomes]. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 04];36(2):65-71. Available from: <http://www.scielo.br/pf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf> Portuguese.
5. Demitto MO, Gravena AAT, Dell' Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 04];51:e03208. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação do Programa Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011
7. Secretaria de Estado da Saúde (PR), Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia Rede Mãe Paranaense [Internet]. 6 ed. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde; 2017 [cited 2017 Jul 05]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_final_2017.pdf
8. Carlo W, Travers CP. Maternal and neonatal mortality: time to act. *J. Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 04];92(6):543-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.001>
9. Das JK, Rizvi A, Bhatti Z, Paul V, Bahl R, Shahidullah M. State of neonatal health care in eight countries of the saarc region, South Asia: how can we make a difference? *Paediatr Int Child Health* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 05];35(3):174-86. Available from: <https://doi.org/10.1179/2046905515Y.0000000046>
10. Shetty AK. Global maternal, newborn, and child health: successes, challenges, and opportunities. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 05];63(1):01-18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2015.08.001>
11. Powell SK, Tahan HM. Case Management: a practical guide for education of practice. 3a ed. Wolters Klüwer; 2010.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília: OPAS; 2011.
13. Trentini M, Paim L, Da Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3a ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
14. Trentini M, Paim L, Da Silva DMGV. A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial. Porto Alegre: Moriá; 2017.
15. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. São Paulo: Penso Editora, 2016.
16. Piveta V, Bernardy CCF, Sodrê TM. Perception of pregnancy risk by a group of pregnant women hypertensive hospitalized. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 01];15(1):61-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.28988>
17. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, et al. [Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil]. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 05];21(4):1227-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015> Portuguese
18. Carvalho AI. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro [Internet]. Rio de Janeiro: FioCruz; 2013 [cited 2017 Nov 05]. Available from: <http://books.scielo.org>
19. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil; 2013 [cited 2019 Mar 17]. Jun 27, Seção 1: p. 109. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
20. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
21. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thomé E, et al. [Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil:

- indicators and social inequalities]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 201 Nov 04];33(3):e00195815. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>
22. Piovezan M, Bestetti MLTO. [The gerontologist as a case manager: simulation of experiences in distinct and specific studies]. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 05];15(8):201-16. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8872/12677> Portuguese.
 23. Gryscek ALFPL, Nichiata LYI, Francolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. [Building the women's health network towards constructing a care line for pregnant and puerperium women in the regional management board of alto Capivari]. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18];23(2): 689-700. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200027>
 24. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 04];24:e2687. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>
 25. Carneiro RG. [Anthropological dilemmas of a public health agenda: rede cegonha program, individuality and plurality]. *Interface* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 07];17(44):49-59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005> Portuguese.
 26. Souza CR, Botazzo C. [Social construction of health demand]. *Physis* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 02];23(2):393-413. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200005> Portuguese.
 27. Souto KMBS, Sena AGN, Pereira VOMP, Santos LM. State and equity policies in health: participatory democracy? *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 04];40(nspe):49-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s05>
 28. Santos FAPS, Enders BC, Santos VEP, Dantas DNA, Miranda LSMV. Comprehensive and obstetric care in the unified health system: reflection in the light of edgar morin's complexity theory. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 04];20(4):e20160094. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160094>
 29. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 30];18(2):262-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>
 30. Woodward J, Rice E. Case management. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 13];50(1):109-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.009>
 31. Correa-Casado M, Molina JG, Padilla JMH, Sola CF. Transferring palliative-care patients from hospital to community care: a qualitative study. *Atenc Primaria* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 05];49(6):326-34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.003>
 32. Jiménez V, Rosario M, Benavente L, Corominas IH, Ángeles M, Mercedes GR, et al. [Nurse Case Manager Murcia Health Service: A year of program implementation]. *Enferm Global* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 02];13(4):57-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.4.169521> Spanish.
 33. Santos AM, Giovanella L. [Managing comprehensive care: a case study in a health district in bahia state, brazil]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 15];32(3):e00172214. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00172214> Portuguese.
 34. Bittencourt GKGD, Crossettill MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 16];47(2):337-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>
 35. Shellman J, Lacey K, Clemmens D. Carelink: Partners in a care model: a cardiac management program for home care. *Home Healthc Nurse* [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 15];26(10):582-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NHH.0000341220.02522.30>
 36. Smith R. Clinical risk management in obstetric practice. *Obst Gynaecol Reprod Med*[Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 03];27(9):277-84 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.06.011>
 37. Moreira RC, Mantovani MF, Soriano JV. Nursing case management and glycemic control among brazilians with type 2 diabetes: pragmatic clinical trial. *Nurs Res* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 30];64(4):272-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.000000000000104>
 38. Grover CA, Crawford E, Close RJH. The efficacy of case management on emergency department frequent users: an eight-year observational study. *J Emerg Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 06];51(5):595-604. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.06.002>
 39. Askerud A, Conder J. Patients experiences of nurse case management in primary care: a metasynthesis. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 30];23(5):420-28. Available from: <https://doi.org/10.1071/PY17040>
-