



Experiência:

VIGILÂNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nome fantasia: Projeto “de volta prá casa”

Instituições:

- ◆ Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária da Gerência de saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre/RS
- ◆ Hospital da Criança Conceição de Porto Alegre/RS

Endereço: Rua Francisco Trein 596 CEP: 91360200 AOS CUIDADOS DO NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA. e-mail para contato: tsilvia@.com.br Fax: (0xx)51 33611036

Responsáveis pelo Projeto: Maria Lucia Lenz, Norma Pires, Maria Janete Wagner Santos

Data de início da Implementação do Projeto: 01/07/2000

2. RELATO DA SITUAÇÃO ANTERIOR À INTRODUÇÃO DA INOVAÇÃO

- ◆ **O problema:** Elevado número de hospitalização de crianças em geral, por causas evitáveis e sem vigilância à saúde para esta população.
- ◆ **Principais causas do Problema:**

A hospitalização de uma criança depende de muitos fatores entre os quais: severidade da doença, acesso, qualidade da atenção médica, disponibilidade de leitos.

Existem muitos estudos sobre fatores de risco e mortalidade mas, poucos estudos encontram-se abordam a ocorrência de hospitalizações, um evento de custo elevado, prevalente e frequentemente precedendo a morte.

A investigação sobre a utilização de serviços ambulatoriais, indicou a necessidade de elaboração de programas para pacientes egressos de hospitais, assim como uma articulação entre o nível hospitalar e ambulatorial.

No SSC, as avaliações sistemáticas da qualidade das ações de saúde evidenciou a necessidade de conhecer mais profundamente os determinantes das hospitalizações em menores em 18 anos. Esta investigação apontou a importância da vigilância em grupos vulneráveis, bem como a educação continuada dos profissionais e a abordagem da família.

3. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA INOVADORA

Objetivos do projeto

Gerais: Diminuir o número de hospitalizações e óbitos entre crianças e adolescentes (0 a 18 anos);

Promover adequado acompanhamento aos egressos hospitalares

Específicos:

- Ampliar a integração entre os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário)
- Avaliar sistematicamente o número e os motivos de hospitalizações e óbitos na população alvo, com vistas a intervenção imediata em todas as situações onde seja identificada a possibilidade de prevenção (1ª, 2ª ou 3ª).
- Inserir os motivos de hospitalizações como tema de educação continuada entre as equipes.
- Divulgar informações nas equipes e propiciar momentos de discussão de caso com participação das diferentes categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas pelos mesmos.
- Investigar formas de redução de custo;

- Identificar evento sentinela, que propicia identificação de falhas do serviço de saúde visando qualificar a atenção.
- Aumentar a resolutividade nas situações onde ocorreu a hospitalização, através da continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar.
- Facilitar o acesso ao Serviço através da diminuição da burocratização, entre outros.
- Fortalecer o vínculo entre a família, a equipe de internação e a equipe de atenção primária

O que é considerado inovador

- Integralidade na atenção aos indivíduos vulneráveis, ou seja, com a implantação deste projeto cada criança que precisou hospitalizar foi acompanhada por equipes de saúde com visão ampla da criança (contexto familiar, comunitário, de saúde, socio-econômico) e em trabalho integrado nos diferentes níveis de atenção
 - Abordagem familiar em todas as situações, desde o momento da hospitalização e que envolve promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação;
 - Enfoque de vigilância da saúde
 - Acompanhamento sistemático da família até a equipe de saúde e família não sentirem mais necessidade;
 - Priorizar e fortalecer o vínculo entre os diferentes níveis de atenção
 - Priorização da Saúde de 10% da população da cidade de Porto Alegre.
 - O envolvimento da comunidade
 - Aperfeiçoamento da organização dos serviços de saúde, entendendo-os como um sistema, tornando-os mais resolutivos e eficientes.
 - Ele poderá ser facilmente replicado em qualquer serviço de Atenção Primária à Saúde.

A concepção da experiência

As avaliações sistemáticas e o aperfeiçoamento do sistema de informações permitiram, em discussão no núcleo de epidemiologia, a necessidade de intervir de formas preventivas. Identificou-se que entre as 1.284 crianças de 0 a 12 anos atendidas durante o período do Estudo de Demanda, 294 (16%) apresentavam história de hospitalização prévia. Este percentual de hospitalização variou de 9% a 36% entre as Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária. Do total de hospitalizações 64% ocorreram nas crianças menores de 1 ano e 77% nos primeiros dois anos de vida.

Etapas da Implementação

Identificação diária das crianças e adolescentes hospitalizados (aproximadamente 3/ dia), envio da informação às equipes de saúde, contato com as famílias no Hospital, contato imediatamente após alta, avaliação deste contato e vigilância do acompanhamento. Educação continuada e participação da comunidade. (ver figura 1)

Clientela Visada

Crianças e adolescentes (0 a 18 anos) de baixa renda, pertencentes a um grupo vulnerável para morbi-mortalidade, em abordagem familiar. O Projeto está sendo desenvolvido nas 12 Unidades de Saúde e no Hospital da Criança Conceição (referência para esta população) responsáveis por uma população de ~96.000 habitantes (IBGE-1996), moradores em área de periferia urbana na cidade de Porto Alegre/RS.

Participação dos quadros técnico– administrativos, da clientela e outros possíveis atores

O Projeto envolve a participação de todos os profissionais que atuam em doze Unidades de Saúde e no Hospital da Criança Conceição. As Unidades de Saúde são compostas por equipes multidisciplinares, que incluem médicos gerais Comunitários, enfermeiras, odontólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, terapeutas ocupacionais.

Conta com a participação das famílias de crianças hospitalizadas desde a sua implantação.

4. OBSTÁCULOS ENCONTRADOS

Não foram identificados obstáculos significativos até o presente momento.

5. RECURSOS UTILIZADOS

Trabalhou-se exclusivamente com a estrutura existente.

6. MUDANÇAS EFETIVAMENTE OCORRIDAS

- Identificação de 100% das crianças hospitalizadas (900 crianças em um ano)
- Contato precoce entre equipes de Saúde e família de todas (100%) das crianças hospitalizadas, após a alta hospitalar
- Facilitando a recuperação e a readaptação da criança e identificando outras situações de risco familiar.
- Acompanhamento de 90% das crianças após alta hospitalar, facilitando sua recuperação.
- Identificação e intervenção nos problemas de acesso aos serviços de saúde e qualidade clínica prestada;
- Educação continuada para aperfeiçoamento dos profissionais em promoção e prevenção;
- Valorização do profissionais de saúde;
- Integração de profissionais dos diversos níveis de atenção;
- Capacitação de profissionais para tratamento de asma, principal causa das hospitalizações;
- Diminuição de hospitalizações pela causa mais comum;
- Criação de protocolos para o atendimento das cinco causas mais comuns de hospitalização, realizado em atividade conjunta equipes de atenção primária/núcleo de epidemiologia/hospital;
- Acompanhamento regular da asma (60 crianças em acompanhamento regular, incluindo distribuição de toda medicação necessária), em áreas onde a população é mais vulnerável
- Mudança da política de distribuição de medicamentos entre os egressos hospitalares e para a população com asma;
- Envolvimento de médicos residentes no projeto.

Indicadores Utilizados

Referentes a processo

Número e % de crianças acompanhadas após alta hospitalar

Integração com outros níveis de atenção

% de profissionais que participam de momentos de educação continuada

Número de profissionais treinados em asma

Número de protocolos desenvolvidos para acompanhamento pós alta de causas perinatais

Referentes a impacto

% de internações por asma

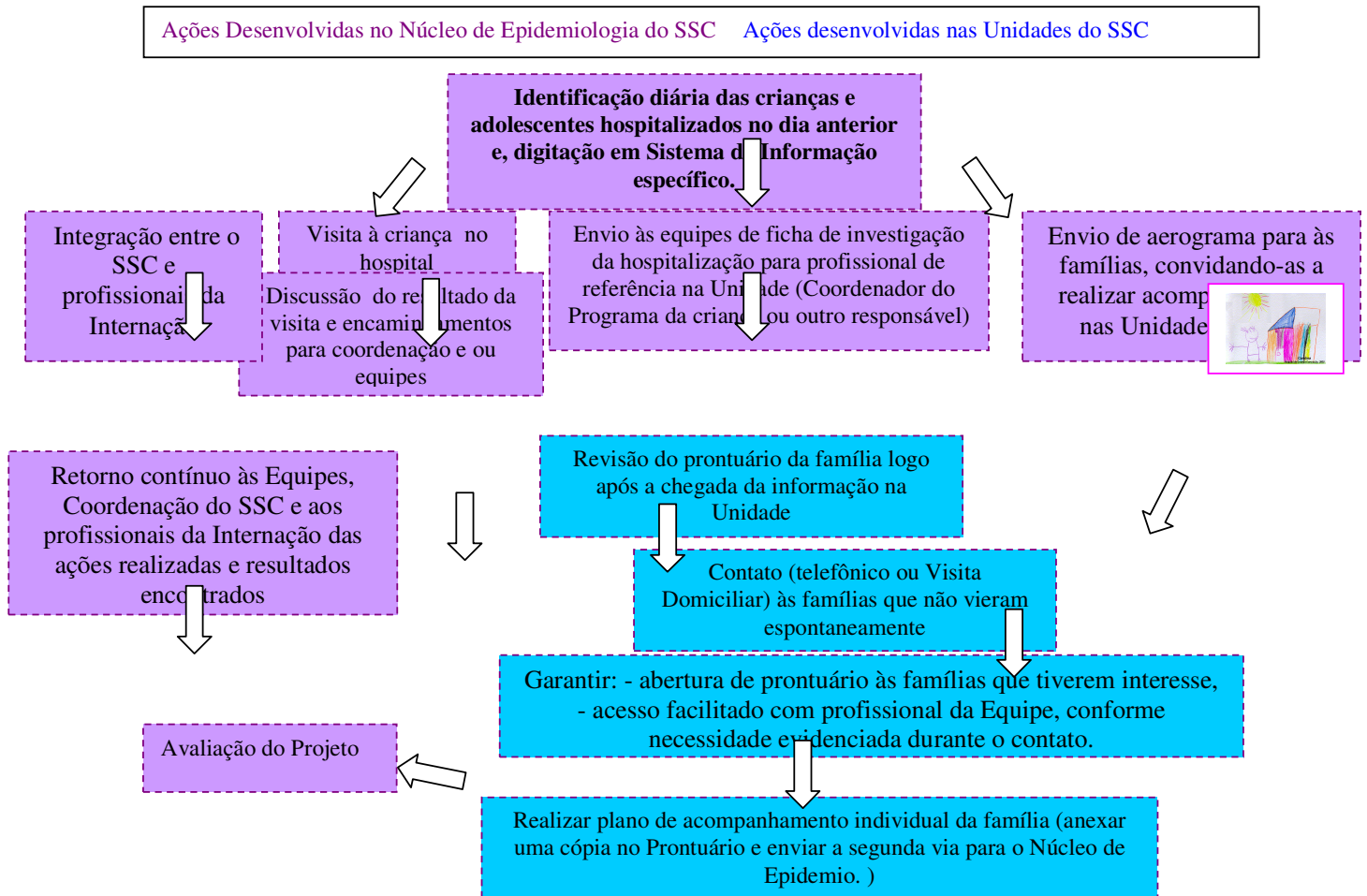
% de internações por causas perinatais

% de internações por IRA

% de internações por Diarréia e desidratação

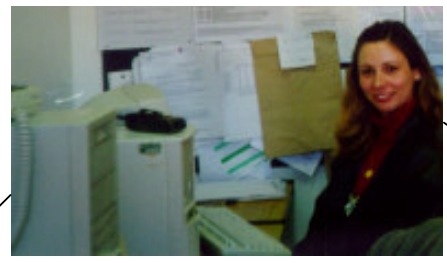
% de reinternação

Figura 1 – Fluxo das ações implementadas



"Fluxograma Ilustrado"

Visita ao hospital. Integração
APS e Hospital (duas
enfermeiras: do SSC e da
Internação)



Identificação diária das
crianças / adolescentes
que hospitalizaram e
envio para às Unidades a
informação.



Envio precoce de
aerograma às famílias
das crianças que
hospitalizaram

Visita domiciliar logo
após a "volta prá casa"



" De volta prá casa"



Consulta de revisão após alta realizando
plano de acompanhamento

