

Planejamento anual para o Projeto Construção e Equipagem de UBS

Objetivo geral

Implantar e organizar o funcionamento da nova Unidade Básica de Saúde, fortalecendo a Atenção Primária por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos serviços assistenciais, da promoção da saúde, da prevenção de doenças e do acompanhamento integral e contínuo da população do bairro São Pedro.

Objetivos específicos

- Organizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e estabelecer fluxos de atendimento.
- Cadastrar e acompanhar a população residente no território de abrangência.
- Ampliar o acesso às consultas médicas, de enfermagem e aos demais serviços da unidade.
- Desenvolver ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce.
- Fortalecer o acompanhamento de gestantes, crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas.
- Melhorar a cobertura vacinal e a adesão aos tratamentos.
- Promover a saúde mental, a atividade física e a reabilitação, conforme as necessidades identificadas.
- Desenvolver ações domiciliares e comunitárias para pessoas em situação de vulnerabilidade.
- Aprimorar a integração entre a UBS, a vigilância em saúde e os demais pontos da rede assistencial.
- Monitorar metas e indicadores para avaliar a qualidade e a resolutividade dos serviços.

Eixo 1 – Organização e implantação dos serviços

Objetivo: Organizar o funcionamento da unidade e estruturar o processo de trabalho das equipes de saúde.

Ações propostas:

- Organizar os fluxos de recepção, acolhimento, consultas, procedimentos e encaminhamentos.

- Elaborar a agenda dos profissionais, conciliando atendimentos programados e demanda espontânea.
- Definir os protocolos assistenciais e os fluxos de referência e contrarreferência.
- Realizar reuniões periódicas para planejamento e avaliação das atividades.
- Implantar rotinas de registro dos atendimentos e acompanhamento dos usuários.

Metas:

1. Implantar 100% dos fluxos assistenciais prioritários até o terceiro mês de funcionamento.
2. Realizar pelo menos uma reunião de planejamento da equipe por mês.
3. Garantir o registro de 100% dos atendimentos realizados nos sistemas oficiais aplicáveis.
4. Elaborar e implementar um plano de trabalho anual da unidade.

Indicadores: Fluxos implantados, reuniões realizadas, percentual de atendimentos registrados e plano de trabalho elaborado.

Prazo: Primeiro ao terceiro mês, com manutenção durante todo o período.

Responsáveis: Coordenação da Atenção Primária, médico, enfermeiro e demais profissionais da equipe.

Eixo 2 – Cadastro e acompanhamento da população

Objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população do território.

Ações propostas:

- Realizar o cadastramento individual e domiciliar da população adscrita.
- Identificar famílias em situação de vulnerabilidade social e sanitária.
- Mapear gestantes, crianças, idosos, pessoas com deficiência, pacientes acamados e usuários com doenças crônicas.
- Realizar busca ativa de pessoas sem acompanhamento regular.
- Atualizar periodicamente os cadastros e as informações territoriais.

Metas:

1. Cadastrar pelo menos 80% da população estimada do território até o sexto mês.

2. Alcançar pelo menos 95% de cobertura cadastral até o final do primeiro ano, quando viável conforme a estimativa populacional e a metodologia oficial de cadastro.
3. Identificar e manter atualizada a relação dos usuários prioritários para acompanhamento.
4. Realizar busca ativa dos usuários identificados com acompanhamento pendente, registrando as ações realizadas.

Indicadores: Percentual de população cadastrada, número de cadastros atualizados, número de usuários prioritários identificados e percentual de usuários faltosos contatados.

Prazo: Durante os 12 meses, com avaliações trimestrais.

Responsáveis: Enfermeiro, agentes comunitários de saúde, médico e equipe administrativa, conforme as atribuições de cada profissional.

Eixo 3 – Ampliação do acesso e qualificação da assistência

Objetivo: Garantir acesso oportuno aos serviços de saúde e ampliar a capacidade de resolução da UBS.

Ações propostas:

- Organizar consultas médicas e de enfermagem programadas.
- Garantir acolhimento das demandas espontâneas e avaliação das situações prioritárias.
- Organizar o acompanhamento de exames alterados e encaminhamentos pendentes.
- Implantar protocolos para atendimento das condições mais frequentes na APS.
- Desenvolver planos de cuidado individualizados para usuários com necessidades complexas.

Metas:

1. Implantar agenda assistencial organizada até o segundo mês.
2. Monitorar mensalmente a demanda por consultas e os tempos de espera.
3. Avaliar e classificar 100% das demandas espontâneas conforme a necessidade clínica e os protocolos adotados.
4. Implantar controle dos exames alterados e encaminhamentos prioritários.
5. Reduzir progressivamente a demanda reprimida identificada no diagnóstico inicial.

Indicadores: Tempo de espera, número de consultas realizadas, demanda reprimida, percentual de registros completos e número de pendências assistenciais acompanhadas.

Prazo: A partir do primeiro mês, com monitoramento mensal.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, coordenação da unidade e demais profissionais envolvidos.

Eixo 4 – Atenção às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus

Objetivo: Melhorar o controle das doenças crônicas e prevenir complicações cardiovasculares, renais e outras complicações associadas.

Ações propostas:

- Identificar e cadastrar os usuários com hipertensão e diabetes.
- Realizar consultas médicas e de enfermagem conforme o risco clínico e a necessidade individual.
- Monitorar pressão arterial, glicemia e exames indicados.
- Promover orientações sobre alimentação, atividade física, adesão ao tratamento e uso correto de medicamentos.
- Desenvolver grupos educativos e busca ativa de pacientes com acompanhamento atrasado.
- Avaliar os usuários com sinais de descompensação e organizar atendimento oportuno.

Metas:

1. Identificar e cadastrar pelo menos 90% dos usuários com hipertensão e diabetes conhecidos no território até o final do primeiro ano.
2. Garantir plano de acompanhamento individual para os usuários cadastrados.
3. Contatar pelo menos 80% dos usuários identificados com consultas ou acompanhamentos atrasados a cada trimestre.
4. Realizar atividades educativas regulares sobre prevenção de complicações e autocuidado.
5. Monitorar trimestralmente os indicadores de acompanhamento e controle clínico.

Indicadores: Número de usuários cadastrados, proporção com acompanhamento atualizado, usuários faltosos contatados, participação nos grupos e indicadores clínicos disponíveis.

Prazo: Implantação até o terceiro mês e manutenção contínua.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e demais profissionais da equipe.

Eixo 5 – Saúde da mulher, gestante e puérpera

Objetivo: Promover a saúde da mulher, qualificar o pré-natal e o puerpério e prevenir agravos à saúde reprodutiva.

Ações propostas:

- Identificar precocemente as gestantes do território.
- Organizar o início oportuno do pré-natal e o acompanhamento conforme protocolos vigentes.
- Realizar consultas médicas e de enfermagem, exames e vacinação indicados.
- Acompanhar puérperas e recém-nascidos após o parto.
- Desenvolver ações de planejamento reprodutivo e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.
- Promover rastreamentos recomendados para prevenção do câncer do colo do útero e outras ações preventivas indicadas.
- Realizar busca ativa de gestantes com consultas ou exames pendentes.

Metas:

1. Identificar e cadastrar todas as gestantes conhecidas do território.
2. Buscar garantir o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação, conforme diretrizes vigentes.
3. Acompanhar 100% das gestantes cadastradas quanto às consultas, exames e vacinas indicados, com busca ativa das faltosas.
4. Implantar acompanhamento do puerpério e articulação com a maternidade de referência.
5. Monitorar mensalmente os indicadores de pré-natal e saúde da mulher.

Indicadores: Gestantes cadastradas, início oportuno do pré-natal, consultas realizadas, exames pendentes, acompanhamento puerperal e rastreamentos realizados conforme indicação.

Prazo: Durante os 12 meses.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e equipe multiprofissional.

Eixo 6 – Saúde da criança e do adolescente

Objetivo: Promover o crescimento e desenvolvimento saudável, prevenir doenças e identificar precocemente situações de risco.

Ações propostas:

- Realizar puericultura e acompanhamento do desenvolvimento infantil.
- Monitorar peso, altura e demais parâmetros pertinentes.
- Verificar e atualizar a situação vacinal.
- Orientar sobre aleitamento materno, alimentação complementar, prevenção de acidentes e cuidados com a criança.
- Identificar situações de atraso do desenvolvimento, vulnerabilidade e violência.
- Desenvolver ações educativas para adolescentes, incluindo saúde sexual e reprodutiva e saúde mental, conforme a necessidade.

Metas:

1. Cadastrar e acompanhar as crianças residentes no território.
2. Monitorar a realização das consultas de puericultura recomendadas para cada faixa etária.
3. Identificar crianças com vacinas ou consultas atrasadas e realizar busca ativa.
4. Avaliar e encaminhar oportunamente as crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento.
5. Desenvolver ações educativas voltadas à saúde de crianças e adolescentes.

Indicadores: Consultas de puericultura realizadas, situação vacinal, crianças faltosas identificadas e acompanhadas e alterações do desenvolvimento avaliadas.

Prazo: Durante os 12 meses.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Eixo 7 – Saúde da pessoa idosa

Objetivo: Promover o envelhecimento saudável, preservar a autonomia e prevenir incapacidades.

Ações propostas:

- Identificar e cadastrar idosos do território.
- Avaliar funcionalidade, mobilidade, risco de quedas, cognição e condições de saúde.
- Revisar os tratamentos medicamentosos conforme indicação clínica.
- Desenvolver ações de prevenção de quedas e incentivo ao envelhecimento ativo.
- Realizar visitas domiciliares para idosos com dependência funcional ou dificuldade de acesso.
- Orientar familiares e cuidadores.

Metas:

1. Identificar e cadastrar os idosos do território.
2. Realizar avaliação multidimensional dos idosos prioritários conforme protocolos e necessidade clínica.
3. Elaborar plano de cuidado para idosos frágeis ou com dependência funcional identificada.
4. Desenvolver pelo menos uma ação educativa trimestral sobre envelhecimento saudável, prevenção de quedas ou autocuidado.

Indicadores: Idosos cadastrados, avaliações realizadas, planos de cuidado implantados, visitas domiciliares e ações educativas realizadas.

Prazo: Implantação até o sexto mês e manutenção contínua.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e equipe multiprofissional.

Eixo 8 – Promoção da saúde mental

Objetivo: Ampliar o acolhimento e o acompanhamento das necessidades de saúde mental no âmbito da Atenção Primária.

Ações propostas:

- Identificar usuários em sofrimento psíquico e avaliar suas necessidades.
- Realizar acompanhamento na UBS conforme indicação clínica.
- Desenvolver ações educativas sobre saúde mental, prevenção do sofrimento psíquico e redução do estigma.
- Articular o cuidado com psicólogo, CAPS e demais serviços da rede, quando disponíveis e indicados.

- Identificar situações de risco e garantir encaminhamento oportuno para atendimento especializado ou de urgência, conforme a gravidade.
- Acompanhar a continuidade do cuidado após encaminhamentos e altas, quando pertinente.

Metas:

1. Implantar fluxo de acolhimento e acompanhamento de saúde mental até o terceiro mês.
2. Garantir avaliação inicial de todos os usuários que procurarem a unidade com demanda de saúde mental, conforme a prioridade clínica.
3. Realizar acompanhamento dos casos identificados e articulação com a rede de atenção psicossocial.
4. Promover pelo menos uma atividade educativa por trimestre sobre saúde mental.

Indicadores: Usuários acolhidos, casos acompanhados, encaminhamentos realizados, continuidade do cuidado e ações educativas desenvolvidas.

Prazo: A partir do primeiro trimestre.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, psicólogo, quando disponível, e demais profissionais da equipe.

Eixo 9 – Vacinação e vigilância em saúde

Objetivo: Prevenir doenças transmissíveis, ampliar a proteção vacinal e fortalecer a identificação e o acompanhamento de agravos de interesse em saúde pública.

Ações propostas:

- Avaliar a situação vacinal dos usuários atendidos.
- Realizar busca ativa de pessoas com vacinas atrasadas.
- Desenvolver campanhas e ações extramuros conforme planejamento municipal.
- Notificar os agravos de notificação compulsória conforme as normas vigentes.
- Articular a unidade com a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância em Saúde.
- Monitorar situações de surtos e outros eventos relevantes.

Metas:

1. Verificar a situação vacinal dos usuários conforme os grupos e oportunidades de atendimento.
2. Realizar busca ativa dos faltosos identificados.
3. Garantir a notificação oportuna dos agravos de notificação compulsória identificados.
4. Monitorar mensalmente os indicadores de vacinação e vigilância aplicáveis ao território.

Indicadores: Situação vacinal, faltosos contatados, notificações realizadas e ações de vigilância desenvolvidas.

Prazo: Durante os 12 meses.

Responsáveis: Enfermeiro, equipe de enfermagem, médico, agentes comunitários de saúde e Vigilância em Saúde.

Eixo 10 – Atenção domiciliar e acompanhamento de usuários vulneráveis

Objetivo: Ampliar o acesso e garantir continuidade assistencial aos usuários com dificuldade de comparecer à UBS.

Ações propostas:

- Identificar pessoas acamadas, domiciliadas, com deficiência ou mobilidade reduzida.
- Realizar avaliação da necessidade de visitas domiciliares.
- Organizar visitas programadas e compartilhadas, conforme a complexidade dos casos.
- Orientar cuidadores e familiares.
- Identificar barreiras de acesso, riscos domiciliares e necessidades de apoio social.
- Articular o cuidado com outros serviços da rede quando necessário.

Metas:

1. Identificar os usuários com necessidade de acompanhamento domiciliar.
2. Elaborar plano de acompanhamento para os casos prioritários.
3. Realizar visitas conforme a necessidade clínica e a programação da equipe.
4. Reavaliar periodicamente os usuários acompanhados e atualizar seus planos de cuidado.

Indicadores: Usuários identificados, visitas realizadas, planos de cuidado elaborados e reavaliações efetuadas.

Prazo: Durante os 12 meses.

Responsáveis: Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e equipe multiprofissional.

Eixo 11 – Educação em saúde e participação comunitária

Objetivo: Incentivar o autocuidado, ampliar o conhecimento da população sobre prevenção de doenças e fortalecer o vínculo entre a UBS e a comunidade.

Ações propostas:

- Realizar grupos educativos sobre doenças crônicas, alimentação saudável, atividade física e uso racional de medicamentos.
- Desenvolver campanhas de prevenção e promoção da saúde.
- Promover atividades sobre saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental e envelhecimento saudável.
- Identificar as principais dúvidas e necessidades educativas dos usuários.
- Estimular a participação da comunidade no planejamento das ações da unidade.

Metas:

1. Realizar pelo menos uma atividade educativa coletiva por mês, conforme a demanda e os recursos disponíveis.
2. Registrar as atividades realizadas e o número de participantes.
3. Planejar as ações educativas de acordo com o perfil epidemiológico do território.
4. Avaliar periodicamente a participação dos usuários e a necessidade de novas atividades.

Indicadores: Atividades realizadas, número de participantes, temas abordados e avaliação dos usuários.

Prazo: Durante os 12 meses.

Responsáveis: Médico, enfermeiro e demais profissionais da equipe.

Eixo 12 – Monitoramento, avaliação e melhoria contínua

Objetivo: Acompanhar os resultados da unidade, identificar dificuldades e orientar a tomada de decisão pela gestão municipal.

Ações propostas:

- Monitorar mensalmente os indicadores assistenciais e de acesso.
- Avaliar o cumprimento das metas estabelecidas.
- Realizar reuniões de equipe para discussão dos resultados.
- Identificar falhas nos processos de trabalho e implementar medidas corretivas.
- Elaborar relatórios periódicos para a Coordenação da Atenção Primária.
- Avaliar a satisfação dos usuários e as oportunidades de melhoria.

Metas:

1. Implantar painel de monitoramento dos principais indicadores até o terceiro mês.
2. Elaborar relatório mensal de acompanhamento das atividades.
3. Realizar avaliação trimestral das metas e propor ajustes quando necessário.
4. Elaborar relatório anual com os resultados, dificuldades e propostas para o período seguinte.

Indicadores: Relatórios elaborados, reuniões realizadas, metas alcançadas, ações corretivas implementadas e resultados da avaliação dos usuários.

Prazo: Durante os 12 meses.

Responsáveis: Coordenação da Atenção Primária, coordenação da UBS e equipe multiprofissional.